

Česká zemědělská univerzita v Praze

Fakulta agrobiologie, potravinových a přírodních zdrojů

Katedra chovu hospodářských zvířat



**Fakulta agrobiologie,
potravinových a přírodních zdrojů**

Dotyková terapie v hiporehabilitaci

Bakalářská práce

Šárka Huková

Zoorehabilitace a asistenční aktivity se zvířaty

Ing. Cyril Neumann, Ph.D.

Mgr. Kateřina Karásková

© 2022 ČZU v Praze

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci "Dotyková terapie v hiporehabilitaci" jsem vypracovala samostatně pod vedením vedoucího bakalářské práce a s použitím odborné literatury a dalších informačních zdrojů, které jsou citovány v práci a uvedeny v seznamu literatury na konci práce. Jako autorka uvedené bakalářské práce dále prohlašuji, že jsem v souvislosti s jejím vytvořením neporušila autorská práva třetích osob.

V Praze dne 22. 4. 2022

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala svému vedoucímu Ing. Cyrilu Neumannovi Ph.D., za odborné vedené mé bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala Mgr. Kateřině Karáskové za její rady, poznámky, ochotu a velkou trpělivost při konzultování mé práce. Také bych ráda poděkovala celému spolku Caballinus, především Mgr. Tereze Honců, za pomoc a rady. Poděkování také patří mé rodině a přátelům za podporu během celého studia.

Dotyková terapie v hiporehabilitaci

Souhrn

Bakalářská práce na téma „Dotyková terapie v hiporehabilitaci“ je psána formou literární rešerše, která shrnuje poznatky o dotykové terapii a jejím využití s pomocí koní.

V práci je definována a popsána hiporehabilitace a její jednotlivé kategorie, dle nejnovější mezinárodně ustálené terminologie, a shrnuta historie ve světě i v České republice. Jelikož jakákoli terapie představuje pro koně jak fyzickou, tak psychickou zátěž, byly v práci popsány zásady týkající se welfare koně, které musí být vždy na prvním místě.

Práce obsahuje rozdělení a definování jednotlivých kategorií paliativní medicíny, které se sice u mnoha autorů liší, ale vzájemně se prolínají a ovlivňují. Společným cílem je zvýšení kvality života pacienta v terminálním stádiu nemoci. Popsány byly termíny: paliativní péče, hospicová péče a péče v závěru života. V samostatné podkapitole byla definována a popsána dětská paliativní péče.

Dotyková terapie pomáhá pacientům především po psychické stránce. Nejčastěji studie uváděly pozitivní vliv u mladých adolescentů a u pacientů, kteří zažili životní trauma, například týrání, což mohlo vyústit až v posttraumatickou stresovou poruchu nebo těžkou psychózu a dále také u pacientů s demencí, Alzheimerovou chorobou nebo u seniorů, kteří jsou umístěni v zařízení dlouhodobé péče. Mezi nejčastější přínosy dotykové terapie se řadí: snížení osamělosti, zlepšení nálady, sebeuvědomění a prožívání daného okamžiku, což pacientům pomáhá nemyslet na budoucnost. Kontakt s koněm dokázal vyvolat u mnoha pacientů již dávno zapomenuté vzpomínky z mládí.

Klíčová slova: dotyk, hiporehabilitace, paliativní péče, kontakt, asistovaná terapie

Touch Therapy in Hippotherapy

Summary

The bachelor thesis on the topic “Touch Therapy in Hippotherapy” is written in the form of a literary research and it summarizes the facts known about touch therapy and its use concerning horses.

The thesis defines and describes hippotherapy and its subcategories in accordance with the latest internationally established terminology. Additionally, the paper summarizes its history in the world as well as in the Czech Republic. Since any therapy strains the horse both physically and psychologically, the principles regarding the welfare of the horse, which must always be prioritised, have been described.

The thesis discusses different categories of palliative medicine. Although the division and definitions vary across many authors, they intertwine and influence each other. Their common goal is to improve the quality of life of terminally ill patients. The following terms have been described: palliative care, hospice care and end-of-life care. One of the subsections has been devoted to paediatric palliative care, which has been defined and described in a greater detail.

Touch therapy is primarily of psychological benefit. Most studies have reported a positive impact on young adolescents and patients who have experienced life trauma, such as abuse, which may have led to a post-traumatic stress disorder or severe psychosis, as well as on patients suffering from dementia, Alzheimer’s disease or on elderly patients placed in long-term care facilities. The most prominent benefits of touch therapy include reduction of loneliness and also improvement of mood, self-awareness and the ability to live in the moment, which helps the patients not to think about the future. Direct contact with a horse proved to be efficient in bringing back long-forgotten memories from youth to many patients.

Keywords: touch, hippotherapy, palliative care, contact, assisted therapy

Obsah

1 Úvod	8
2 Cíl práce.....	9
3 Literární rešerše.....	10
3.1 Hiporehabilitace	10
3.1.1 Definice.....	10
3.1.1.1 Hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii – HTFE.....	10
3.1.1.2 Hiporehabilitace v pedagogické a sociální praxi – HPSP	11
3.1.1.3 Hipoterapie v psychiatrii a psychologii – HTP	12
3.1.1.4 Parajezdectví	12
3.1.2 Historie ve světě	13
3.1.3 Historie v České republice.....	14
3.1.4 Hiporehabilitační kůň	15
3.1.4.1 Welfare	16
3.2 Paliativní medicína.....	17
3.2.1 Terminologie.....	17
3.2.1.1 Paliativní péče	18
3.2.1.2 Hospicová péče.....	19
3.2.1.3 Péče v závěru života	21
3.2.2 Cíle.....	21
3.2.3 Terminální stádium nemoci	21
3.2.4 Historie ve světě	22
3.2.5 Historie v České republice.....	22
3.2.6 Současnost	23
3.2.7 Dětská paliativní péče.....	24
3.2.7.1 Definice	25
3.2.7.2 Stupně.....	25
3.2.7.3 Historie ve světě	25
3.2.7.4 Historie v České republice	26
3.2.8 Animoterapie	28
3.3 Dotyková terapie	29

3.3.1	Kontraindikace	32
3.3.2	Spolky věnující se Dotykové terapii v České republice	32
3.3.2.1	Caballinus, Zapsaný spolek pro hipoterapii	32
3.3.2.2	Asistenční jednorožec.....	33
3.3.3	Spolky věnující se dotykové terapii v zahraničí	33
3.3.3.1	Les Sabots du Coeur	33
3.3.4	Kazuistika	34
4	Závěr.....	36
5	Literatura.....	37

1 Úvod

Pro označení typu péče o pacienty, u kterých již nezabírá kurativní léčba, se v různých zemích využívá rozdílná terminologie (Centeno et al. 2007). Nejčastěji využívanými pojmy jsou paliativní péče, hospicová péče a péče v závěru života, která je typická pro Severní Ameriku (Pastrana et al. 2008). Všechny tyto pojmy, i přes rozdílné definice, se shodně označují jako meziprofesionální péče s cílem optimalizace kvality života. Avšak rozsah dané služby, populace pacientů a způsob, jakým je daná služba vnímána, se výrazně liší (Hui et al. 2013).

Animoterapie se řadí mezi podpůrnou léčbu, při které se využívá pozitivního působení zvířete na člověka. Zvíře dokáže ovlivnit psychiku člověka k nastolení duševní rovnováhy a k motivaci (Nerandžič 2006). Pro mnoho lidí představuje jejich domácí mazlíček člena rodiny (Phear 1996). Animoterapii lze rozdělit na: Animal Assisted Activities – AAA, Animal Assisted Therapy – AAT (Nerandžič 2006), Animal Assisted Education – AAE a Animal Assisted Crisis Response – AACR (Opatřilová 2013). Všechny tyto programy patří pod pojem Animal Assisted Interventions – AAI. Zvířata jsou začleňována do zdravotních terapií, vzdělání a lidských služeb za účelem terapeutického přínosu, zlepšení zdraví a duševní pohody (Pet Partners 2022).

Je prokázáno, že zvíře má na pacienta v paliativní péči pozitivní vliv. Kontakt se zvířetem pacientovi pomáhá mírnit úzkost a zoufalství i v terminálním stádiu nemoci (Muschel 1984). Dotyková terapie v hiporehabilitaci je nová rozvíjející se metoda. Komunikace dotykem je jedna z nejúčinnějších forem neverbální komunikace. Kůň klientovi poskytuje rychlou a jasnou neverbální zpětnou vazbu, přičemž kůň reaguje na celkovou energii, emoce a komunikační styl klienta (Knapp & Hall 2002). Ve volné přírodě je kůň přirozenou kořistí predátorů, proto má zvýšenou citlivost na okolní prostředí a neverbální komunikaci, která mu umožňuje reagovat na náladu člověka a jeho vnitřní citění. Kůň tak působí jako zrcadlo neverbálního stavu člověka (Carlsson et al. 2014). Hlazení koně má uklidňující účinek a podporuje relaxaci klienta (Esbjorn 2006). Při zpětné vazbě kůň zrcadlí aspekty klientovi osobnosti, čímž mu usnadní uvědomění si sebe sama (Brooks 2006).

2 Cíl práce

Cílem práce je literární rešerše na téma dotykové terapie v hiporehabilitaci, která se stále častěji využívá v paliativní péči, kde zvyšuje kvalitu života pacientů v terminálním stádiu nemoci.

3 Literární rešerše

3.1 Hiporehabilitace

Od 1. 1. 2020 došlo ke změně názvosloví v hiporehabilitaci. Sešlo se celkem třináct terapeutů z různých evropských zemí, včetně prezidentky mezinárodní hiporehabilitační organizace (The Federation of Horses in Education and Therapy International – HETI), v USA se sešly tři velké asociace – to vše za účelem domluvy na společné a sjednocené terminologii. Důležité bylo vytvořit terminologii, ve které zazní profese odborníka. Pohyb koňského hřbetu nebo prostředí okolo koní se totiž stávají účinnou rehabilitační a výukovou pomůckou pouze v rukách daného kvalifikovaného odborníka, terapeuta nebo instruktora (Česká hiporehabilitační společnost 2019; Česká hiporehabilitační společnost 2021). Je nutné zmínit, že ač došlo ke změně terminologie, definice jednotlivých kategorií se nijak výrazně nemění, není tedy důvod již provedené studie považovat za chybné nebo nepřesné.

3.1.1 Definice

Hiporehabilitace (HR) je oborem ucelené rehabilitace a zastřešuje všechny aktivity a terapie v oblastech, kde se setkává kůň a člověk se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním nebo se specifickými potřebami (Česká hiporehabilitační společnost 2019; Česká hiporehabilitační společnost 2021). Samotné slovo hiporehabilitace je složeno ze dvou latinských slov „hippos“ a „rehabilitace“. „Hippos“ znamená jednoduše kůň. Podle původního významu se „Rehabilitace“ skládá z předpony „re“, která znamená opakování – znovu a znovu – a slovesa „habilitare“, což znamená uschopňovat, jejich spojením dostaneme význam „znovu schopný“ (Hollý & Hornáček 2005).

Dle Hollého a Hornáčka (2005) je pojem hiporehabilitace ve světě dosti opomíjený. Definiují jej jako komplex opatření, která jsou zaměřena na obnovení ztracené funkce, zmírnění nebo minimalizování nebo dokonce odstranění fyzického, psychologického, sociálního nebo mentálního handicapu pacienta/klienta.

V České republice se hiporehabilitace dělí na čtyři jednotlivé kategorie. Hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii, Hipoterapie v pedagogické a sociální praxi, Hipoterapie v psychiatrii a psychologii, Parajezdectví (Česká hiporehabilitační společnost 2019; Česká hiporehabilitační společnost 2021).

3.1.1.1 Hipoterapie ve fyzioterapii a ergoterapii – HTFE

Původní název Hipoterapie, anglicky Hippotherapy, nyní Equine Facilitated Physiotherapy and Occupational Therapy. Řadí se mezi techniky fyzioterapie a ergoterapie, prakticky je prováděna kvalifikovaným fyzioterapeutem nebo ergoterapeutem s kurzem HTFE pod ČHS. Fyzioterapeut nebo ergoterapeut cíleně využívá pohybu hřbetu kráčejícího koně jako balanční plochy k ovlivnění sensorických, neuromotorických a kognitivních funkcí, které napomáhají ke zlepšení kvality života klienta (Česká hiporehabilitační společnost 2019; Česká hiporehabilitační společnost 2021). Hipoterapie, stejně jako hiporehabilitace, je složená z latinského slova „hippos“ což znamená kůň, a řeckého „therapein“, což znamená terapie.

Samotný pojem hipoterapie se ve světě používá častěji než pojem hiporehabilitace (Hollý & Hornáček 2005).

Benda et al. (2003) definují hipoterapii jako fyzikální, pracovní a logopedickou terapii, která využívá přirozenou chůzi a pohyb koně k zajištění motorických a sensorických vjemů. Je založena na zlepšení neurologických funkcí a sensorických procesů a používá se u pacientů s fyzickými a duševními poruchami. Hipoterapie pomáhá i v dalších oblastech, má pozitivní vliv na psychologické, sociální i edukační schopnosti a na mnoho tělesných systémů včetně sensorického, muskuloskeletálního, limbického, vestibulárního a očního (Silkwood-Sherer & Warmbier 2007). Merregillano (2004) uvádí, že jízda na koni poskytuje jezdcí účinnou a sensorickou stimulaci prostřednictvím variabilních, rytmických a pravidelně se opakujících pohybů koně. Koňská pánev, stejně jako ta lidská, vykonává při chůzi trojrozměrný pohyb.

Kůň při HTFE pohybem svého hřbetu pomáhá posílit trup klienta, kontrolovat držení těla, rovnováhu, vytrvalost a motorickou zdatnost. Díky tomu pohyby koňského hřbetu mohou usnadnit klientovi koordinaci, reakce na různé podněty, kontrolu dýchání, integraci smyslů a také mu mohou pomoci lépe udržet pozornost. To může mít pozitivní vliv na různé dovednosti v každodenním životě klienta (Latella & Abrams 2019).

3.1.1.2 Hiporehabilitace v pedagogické a sociální praxi – HPSP

Hiporehabilitace v pedagogické a sociální praxi (HPSP), původní název Aktivity s využitím koní, anglicky původně Equine Facilitated Learning, nyní Equine Facilitated Learning and Social care, je jednou z disciplín hiporehabilitace. Certifikovaný instruktor HPSP musí mít buď pedagogické, sociální nebo zdravotně-sociální vzdělání. Při práci cíleně využívá kontakt a interakci s koněm a prostředí určené pro chov koní. Ty využívá jako prostředek k motivaci, aktivizaci, výchově a vzdělávání lidí se speciálními potřebami, tedy lidí se zdravotním znevýhodněním, v nepříznivé sociální situaci nebo lidí těmito znevýhodněními ohrožených v rámci aplikovaných disciplín pedagogiky, sociální práce a sociální terapie (Česká hiporehabilitační společnost 2019; Česká hiporehabilitační společnost 2021).

Při HPSP se využívá kontaktu klienta s koněm v přirozeném prostředí pro chov nebo práci s koněm. Využívají se stáje a výběhy a jedná se především o péči o koně, ale i další práce okolo koní, například čištění, vodění, nebo i místování boxů nebo výběhů a celková údržba prostředí i koňského vybavení. Veškeré tyto činnosti, jak uvádí i ČHS, slouží k motivaci, aktivizaci a výchově klienta (Pendry et al. 2014).

Při styku s koněm se člověk učí být naladěný na několik různých podnětů najednou včetně řeči vlastního těla, ale i fyzických signálů, kterými koně projevují neverbální komunikaci (Brandt 2004). Koně bývají účinnější než jiná zvířata nebo lidé při konfrontaci postojů a chování, a to díky svojí poctivosti a schopnosti pozorovat neverbální komunikaci a reagovat na ni. Každý kůň je jiný a vyžaduje jiný přístup člověka k úspěšnému splnění úkolu. S využitím svých dovedností s koňmi se jedinec učí pozorovat a reagovat na chování daného koně, místo toho, aby využívali svůj aktuální a stále stejný vzorec chování (Trotter 2012). Koně jsou přirozeně spolupracující zvířata, která dokáží číst řeč těla a emoce dalších koní i lidí. Jelikož koně poskytují bezprostřední a přesnou zpětnou vazbu, nastavují nám zrcadlo

k našemu vlastnímu chování (Burgon 2014). Toto tvrzení uvádí i Saggars & Strachan (2015): kůň působí jako zrcadlo na osobu, která je s ním.

3.1.1.3 Hipoterapie v psychiatrii a psychologii – HTP

Původní název Psychoterapie pomocí koní, anglicky původně Equine Assisted Psychotherapy, nyní Equine Facilitated Psychiatry and Psychology. Tento obor hiporehabilitace pomáhá lidem s duševními nemocemi nebo s psychickými potížemi v obtížných životních situacích. Patří mezi integrativní směry psychoterapie a je součástí komplexních léčebných postupů například v léčbě duševních nemocí. Je založen na využití koně a jeho specifických vlastností v léčebném procesu k pozitivnímu ovlivnění duševního stavu klienta. Pomáhá k vytváření chybějících citových vazeb, korekci postojů k okolí. Využívá také širokou nabídku možností prostředí okolo koně, například jezdecké stáje, kontakt s koněm nebo vzájemnou interakci. Během léčby je možné aplikovat různé formy psychoterapie, jako je rodinná terapie, gestalt terapie, dynamická psychoterapie nebo psychodrama, využívají se prvky kognitivně behaviorálních přístupů, existenciální analýzy a logoterapie a dalších psychodynamicky orientovaných směrů (Česká hiporehabilitační společnost 2019; Česká hiporehabilitační společnost 2021). Notgrass & Pettinelli (2015) uvádí, že nejčastěji HTP provádí licencovaní profesionální poradci, licencovaní kliničtí sociální pracovníci a licencovaní psychologové.

Dle Wilson et al. (2016) je HTP metoda podpůrné léčby, kterou zajišťuje kvalifikovaný odborník na duševní zdraví, specialista ohledně koní a jeden nebo více koní. Vzájemně spolupracují s klientem na dosažení terapeutických cílů. Bachi et al. (2012) popisují HTP jako specializovanou formu terapie s pomocí koní, která má pomáhat řešit problémy psychického zdraví za pomoci terapeuta a koně jako kofacilitátora. Terapie je založena kromě přirozeného souznění člověka a koně také na tradičních psychoterapeutických postupech. Jelikož jsou koně v přírodě kořistí, bývají kvůli tomu citliví i na drobné změny ve svém prostředí a na přítomnost lidí. Reagují jak na chování, tak na náladu jedinců, kteří se u nich pohybují (Burton et al. 2019).

Harvey et al. (2020) uvádí, že HTP pomáhá zmírňovat hněv, úzkost a psychické dopady šikany, u problémových dospívajících snižovat hyperaktivitu, úzkost, deprese a problémy s pozorností. U mladších dochází ke snížení agresivity a zlepšení sociálních a studijních dovedností a kontroly nad emocemi jedince.

3.1.1.4 Parajezdectví

Původní název Sportovní ježdění hendikepovaných. Jezdec se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním anebo se specifickými potřebami se s ohledem na svoje znevýhodnění učí aktivní jízdě na koni, voltížním cvikům nebo vedení koně v zápřeží, a to za použití speciálních pomůcek či změněné techniky jízdy, eventuálně se zúčastňuje sportovních soutěží. Parajezdectví se dělí na několik jednotlivých disciplín: paradrezura, paraparkur, paravoltíž, paravozatajství, parawestern (Česká hiporehabilitační společnost 2019; Česká hiporehabilitační společnost 2021). Pro jezdce se zdravotním znevýhodněním jsou speciálně upravená pravidla v jednotlivých jezdeckých disciplínách. Podle stupně, rozsahu a typu

znevýhodnění jsou jezdci rozděleni do několika klasifikačních kategorií, podle kterých jsou poté hodnoceni (Holmes 2017).

Paradrezura je jedinou disciplínou, ve které lze závodit i na mezinárodní úrovni a tedy i na Olympijských hrách. Jedním z důvodů je bezpečnost jezdce a koně. Klasifikační kategorie neboli stupně, do kterých jsou jezdci rozděleni, se liší podle chodů koně (Holmes 2017). Jezdci jsou rozděleni celkem do pěti úrovní. Úroveň 1 zahrnuje jezdce s nejvyšším a nejrozsáhlejším znevýhodněním. Tito jezdci provádí svou drezurní úlohu pouze v kroku. Do úrovně 5 spadají jezdci nejnižším stupněm znevýhodnění a jejich jízda obsahuje klusové i cvalové prvky (George et al. 2021).

Parajezdectví se dostalo do všeobecného povědomí pravděpodobně díky velkému úspěchu Liz Hartel, která měla diagnostikovanou poliomyelitidu (Dětskou obrnu). V roce 1952 dokázala vyhrát stříbrnou medaili za Grand Prix Dressage na olympijských hrách v Helsinkách. Jediná její rehabilitace byla právě jízda na koni (Meregillano 2004).

3.1.2 Historie ve světě

Obvykle se uvádí, že o pozitivním vlivu jízdy na koni na člověka se zmiňoval již starořecký lékař Hippokrates (460 – 370 př. n. l.). Littré však toto tvrzení po prostudování celého jeho díla vyvrátil (Riede 1986). Nerandžič (2006) uvádí, že první zmínky o léčebném využití koní pochází od jihoamerických indiánů. Indiáni nechávali své bojovníky ležet přes hřbet koně, který šel krokem nebo v klusu. Pravidelný a rytmický pohyb koňského hřbetu bojovníkovi masíroval hrudní koš a díky této poloze zůstávaly jeho dýchací cesty volné. Léčba spočívala v nepřímé srdeční masáži a podpoře dechových funkcí. Nejstarší dochované písemné lékařské doporučení jízdy na koni jakožto formy gymnastického cvičení jsou takzvané Galenovy spisy již z 2. st. n. l. O pozitivním působení jízdy na koni máme ojedinělé zmínky i z dob středověku, nicméně skutečný rozvoj hipoterapie nastal v 60. – 70. letech minulého století, konkrétně v anglicky a německy mluvících zemích (Hollý & Hornáček 2005). Dle Nerandžiče (2006) pochází první cílený popis léčebného využití koně z novověku, konkrétně ze 17. století, kdy jej předepisoval Němec Thomas Sydehman.

Ve stejné době jako Galen nás nepřímo informuje o léčebném využití koně i císař a filozof Marcus Aurelius, jehož osobním lékařem byl právě Galen z Pergamonu. Faktem dokonce je, že první psané zmínky o hipoterapii úzce souvisí s územím dnešního Slovenska, jelikož Marcus Aurelius psal své vrcholné dílo při tažení proti Markomanům a Kvádům právě na území Slovenska u povodí řeky Hron (Hollý & Hornáček 2005).

Van Swieten, osobní lékař Marie Terezie, v 18. století doporučoval samotné císařovně a královně uherské a české využívání pozitivního působení, které jízda na koni přináší. Marie Terezie se jeho radami řídila a tuto metodu často využívala. Z tohoto důvodu také nechala ve svém letním sídle, které se nacházelo v dnešní Bratislavě, rozšířit velkou a malou francouzskou zahradu o jezdeckou halu (Hollý & Hornáček 2005). Prvním autorem, který se ve svém díle zmiňuje o přenosu pohybu koňského hřbetu v kroku na člověka v souvislosti s léčebným procesem, byl Friedrich Hoffman na počátku 18. století. Německý profesor Samuel Theodor Quellmalz již v první polovině 18. století popsal pohyb jezdce a definoval jej jako trojrozměrný. Toto tvrzení platí dodnes. V roce 1782 uvedl J. C. Tissot ve své knize

„Léčebná a chirurgická gymnastika, neboli výzkum o užitku pohybu“, že nejdůležitější chod koně, pro léčebné využití, je krok (Nerandžič 2006).

Kladný a aktivní postoj k jízdě na koni měl i první Československý prezident Tomáš Garrigue Masaryk, který jezdil na koni dokonce do svých osmdesáti let. Mnoho politických osobností je jasným příkladem toho, jak jízda na koni přináší tělesnou i duševní pohodu (Hollý & Hornáček).

Již v roce 1958 byla v Anglii založena organizace The Pony Riding for the Disabled Trust a v Severní Americe byla v roce 1960 založena Community Association of Riding for the Disabled. Následně bylo na počátku 60. let v Michiganu založeno Cheff Center for the Handicapped. Koncem 60. let byla založena asociace North American Riding for the Handicapped Association (NARHA), která stanovila standardy pro programy terapeutického ježdění. NARHA zajišťuje a podporuje ve Spojených státech a Kanadě terapeutické programy a aktivity zaměřené na koně (Meregillano 2004).

V roce 1974 se v Paříži konal první vědecký kongres ohledně léčebného využití koně, druhý se konal o dva roky později, v roce 1976, v Basileji. Postupně se ve světě vymezily dva proudy léčebného využití koně. První byl rozšířený v Anglii, Francii, Kanadě a USA a prosazoval především jezdecký sport pro handicapované (dnes Parajezdectví). Druhý proud, typický pro střední Evropu, Švýcarsko, Německo, Rakousko a Českou republiku, upřednostňoval přínos hipoterapie (Nerandžič 2006).

Ve Spojených státech amerických na konci 80. let se skupina amerických a kanadských terapeutů rozhodla odcestovat do Německa a naučit se zde hipoterapii. V roce 1992 byla založena American Hippotherapy Association (AHA), která vytvořila oficiální a mezinárodní protokol. O dva roky později vznikl certifikační dokument a standardy pro certifikovaného klinického specialistu hipoterapie (certified hippotherapy clinical specialist – HPSC). První certifikační zkouška byla provedena v roce 1999 (Meregillano 2004).

3.1.3 Historie v České republice

Počátky hiporehabilitace v České republice se datují od roku 1947 a pojí se především s léčbou pohybových problémů po dětské mozkové obrně. Jako první středisko v celé střední Evropě zahájilo novodobou hipoterapii středisko Hucul Club ve Zmrzlíku u Prahy a to roku 1976. V roce 1979 se hipoterapie, zaměřená na dětské klienty, rozšířila do rehabilitačního ústavu v Chuchelné u Opavy. V 80. letech se čím dál více odborníků dozvíдалo o možnosti léčby různých pohybových vad za pomoci koní, ale měli potíže s přístupem k informacím. První články s touto tematikou vyšly až v roce 1987 v časopise Jazdectvo, který byl v té době jediný dostupný k zakoupení. V roce 1988 proběhla první konference (Česká hiporehabilitační společnost 2021).

V roce 1991 byla založena Česká hiporehabilitační společnost (The Czech Equine Facilitated Therapy Association), prvotně pod názvem Hiporehabilitační společnost (Czech Hippotherapeutic Society). Zpočátku zakladatelé hledali systém, který by fungoval. Především museli najít způsob, kterým dát hiporehabilitaci správný odborný základ, stanovit indikace a kontraindikace. Důležité bylo také zajistit bezpečnost pro klienty i pro personál, nastavit kompetence jezdeckých instruktorů a zdravotníků, a mimo jiné i získat dostatečné

finanční prostředky. Na první zakládající schůzi se sešli odborníci, kteří již měli zkušenosti s prací s různými lidmi s rozličnými zdravotními znevýhodněními, se kterými se setkávali při své každodenní práci ve střediscích a centrech. Díky tomu začali zjišťovat, že ne každý kůň se pro hiporehabilitaci hodí, každému klientovi vyhovuje jiný kůň a že pro klienta může být pohyb koňského hřbetu jak stimulační, tak i relaxační. Stejně tak zjistili, že neexistuje jedno konkrétní plemeno, které by bylo pro hiporehabilitaci ideální. Záleží na charakteru daného koně a na kvalitě jeho pohybu. Koně i pracovníci začali být speciálně připravováni na danou práci s klientem. Aby došlo k vzájemnému porozumění mezi trenérem koní, terapeutem a klientem, trenéři koní se začali vzdělávat v základech rehabilitace a terapeuti se začali učit jízdě na koni. Díky tomu terapeuti mohli poznat a pochopit, co vše může kůň při hiporehabilitaci klientovi nabídnout (Česká hiporehabilitační společnost 2021).

Názvosloví i náplň vzdělávacích kurzů, které ČHS pořádala, byly převzaty z Německa. Prvotní názvosloví obsahovalo následující terminologii: Hipoterapie, Sportovně rehabilitační ježdění, Léčebně pedagogické ježdění. ČHS se stala přidruženým členem HETI (Horses in Education and Therapy International), dříve FRDI (The Federation of Riding for the Disabled International), (Česká hiporehabilitační společnost 2021).

V roce 1998 se v Třebíči konala první soutěž v České republice v parajeздеctví, konkrétně v paradrezuře. Zároveň proběhlo první Mistrovství ČR v paravoltiži. V roce 1999 byl vydán dokument „Pravidla paravoltiže“, který platí pro paravoltiž dodnes. V následujících letech se dále rozvíjela činnost ČHS, probíhaly kurzy, závody a mistrovství v parajeздеctví a samozřejmě i konference. V roce 2009 byla ČHS hlavním organizátorem Konference o hiporehabilitaci. V roce 2011 vznikly kurzy i pro pedagogické a sociální pracovníky a pro psychology a psychoterapeuty. Vznikly „Specializační zkoušky pro koně a pony zařazené do hiporehabilitace“ a ČHS jako první organizace na světě zavedla přezkoušení koní využívaných v hiporehabilitaci. V roce 2019 ČHS iniciovala a také zorganizovala v Praze první setkání evropských terapeutů v hipoterapii. Zároveň vznikla organizace European Equine Facilitated Therapy Association Network (EEFTN) pod patronací HETI a byla přijata nová terminologie (Česká hiporehabilitační společnost 2021).

3.1.4 Hiporehabilitační kůň

Kůň v hiporehabilitaci musí být pečlivě a speciálně vybrán a připraven. V České republice ČHS uvádí, že hiporehabilitační kůň by měl mít složenou Specializační zkoušku pro koně a pony zařazené do hiporehabilitace, a to v rámci konkrétní oblasti, ve které bude využíván. Určitá plemena nejsou dána, ale nejčastěji jsou využíváni koně teplokrevní, chladnokrevní nebo pony. Vhodní jsou valaši a klisny, hřebci se využívat nesmí. Vhodný věk koně na zařazení do hiporehabilitace je po dosažení pátého věku života koně, a to kvůli psychické zralosti. Výběr koně se liší podle konkrétní oblasti jeho budoucího využití. U koně v HTFE je velmi důležitá mechanika pohybu v kroku, pohyb hřbetu, který musí být kvalitní a pružný i pod klientem, a vhodný charakter a temperament. U koně pro HPSP a HTP je hlavní výborný charakter při kontaktu s klientem a psychická odolnost. Výběr musí být pečlivý, neboť temperament se může u těchto koní velice lišit (Česká hiporehabilitační společnost 2017).

Hollý & Hornáček (2005) uvádí, že nezáleží na plemenné příslušnosti koně, ale na jeho povaze, temperamentu a exteriéru. Kůň v hiporehabilitaci musí být mladý a naprosto zdravý, hiporehabilitace pro koně znamená jednak velkou fyzickou, v podobě neadekvátně zatíženého hřbetu, ale také psychickou zátěž. Pro každého klienta se hodí jiný kůň, proto je vhodné mít k dispozici více koní různých velikostí, stavby těla a temperamentu. Anderson et al. (1999) uvádí, že kůň, kterého chceme zapojit do hiporehabilitace, má mít klidnou a mírnou povahu a nízkou reaktivitu na nové nebo nežádoucí podněty.

Hiporehabilitační kůň může být vnímán jako zdroj podpory a vztahu, a zároveň jako zprostředkovatel vzhledu a změny. Dále může být kůň vnímán jako spoluorganizátor, asistent a samozřejmě jako terapeutický nástroj při terapeutických sezeních (Esbjorn 2006).

Latella & Abrams (2019) uvádí, že kůň, který je zapojený do hiporehabilitace, musí splňovat specifické kvalifikace například v temperamentu, tréninku a kvalitě pohybu. Koneš nesmí být citliví na různorodá nová prostředí, zvuky, chování a pohyby jezdců nebo klientů, ani na pomůcky používané během interakcí. Kvůli těmto důvodům bývá mnoho koní zapojených do hiporehabilitace starších a zkušenějších. Takoví koně již často byli zapojeni do různých pracovních podmínek rozličných prostředích, nejsou citliví na nové nebo měnící se podněty a celkově bývají klidnější povahy.

3.1.4.1 Welfare

Welfare je velice důležité sledovat a udržovat. Přestože hiporehabilitační koně nejsou příliš namáháni po fyzické stránce, jejich psychika je zatěžována do vysoké míry, a je tedy nutné věnovat zvýšenou pozornost tomu, aby nedošlo k přetížení koně. V České republice jsou podle ČHS pro jednotlivé kategorie hiporehabilitace doporučené konkrétní intervaly, kdy kůň může pracovat. Při HTP jsou to maximálně dvě hodiny denně. Při HTFE maximálně čtyři hodiny denně, ale po dvou hodinách práce musí kůň mít pauzu nejméně dvě hodiny, poté může pokračovat. Při HPSP jsou to tři a půl hodiny s půlhodinovou pauzou po každé hodině práce, ale čas se liší podle skupiny klientů, se kterou kůň pracuje. U klientů s mentálním postižením je to hodina a půl s hodinovou pauzou po třiceti minutách práce. U klientů se specifickými poruchami chování jsou to dvě hodiny denně s dvouhodinovou přestávkou po každé hodině práce. Po hiporehabilitaci by měl pro koně následovat odpočinek ve společnosti ostatních koní minimálně dvě hodiny a nejlépe ve výběhu. Po této pauze může kůň vykonávat práci spojenou s jeho přípravou, například jízdárenskou práci pod zkušeným jezdcem. Je vhodné koni umožnit takzvané duševní prázdniny, nejlépe čtrnáct dní v letních i zimních měsících, kdy kůň nepřijde do kontaktu s žádnými klienty a bude si tak moci odpočinout po psychické stránce (Česká hiporehabilitační společnost 2017).

U některých klientů, kteří například ještě nikdy nepřišli do kontaktu s koněm, se může objevit nepředvídatelné a nekontrolovatelné chování. To se může objevit i u klientů s mentálním znevýhodněním a pro koně to může být stresující. I přes předchozí výcvik to může vyvolat přirozený strach, následky pak mohou být narušený welfare koně a bezpečí klienta (Minero et al. 2006). Ayla et al. (2021) provedli studii, ve které měřili fyziologické parametry koně při AAT. Kůň i klient měli nejnižší hodnoty vykazující stres při kontaktu klienta s koněm ze země. Klient měl možnost koně hladit a kartáčovat a díky tomu došlo k jejich vzájemnému blízkému kontaktu. Snížené fyziologické parametry naznačují,

že při této části terapie došlo k relaxaci a uvolnění koně i klienta. Toto potvrzuje i studie Pluta & Kędzierskiho (2018), kteří testovali emoční reakci hiporehabilitačních koní při kontaktu s pacienty. Výsledky ukazují, že emoční reakce byla během hiporehabilitace nižší než při tréninku s jezdcí na jízdárně.

International Association of Human-Animal Interaction Organizations (IAHAIO) je celosvětová asociace organizací, které se zabývají praxí, výzkumem, a vzděláváním v činnostech, při kterých se využívá pomoc zvířat, terapie pomocí zvířat, a zabývají se také jejich výcvikem. IAHAIO vydalo mezinárodní směrnice pro péči, školení a welfare požadavků na koně ve službách s asistencí koní. Doporučuje se, aby tyto směrnice přijal a zavedl do praxe každý, kdo provozuje činnost s koňmi, která je prospěšná pro lidi. Ohledně welfare koní směrnice obsahuje například následující body:

- Základní potřeby koní musí být uspokojeny v jejich prostředí, ve kterém se denně pohybují. Koně musí mít možnost dlouhodobého a každodenního shánění potravy a musí mít přístup ke kvalitní vláknině a vodě neomezeně, pokud nejsou přímo zapojeni do činnosti. Dále musí mít dostatek příležitostí k volnému pohybu bez lidského kontaktu a přítomnosti a také musí mít možnost ukrýt se před sluncem, větrem nebo deštěm. Koně nelze dlouhodobě ponechat v boxech nebo malých výbězích. Jelikož jsou koně stádová zvířata, musíme brát ohled na jejich sociální potřeby a musí mít možnost k přímému kontaktu s ostatními koňmi.
- Dalším důležitým bodem je výživa, která ovlivňuje zdraví a chování koní. Všichni koně by měli mít přístup ke kvalitní vláknině, kterou obsahuje tráva nebo seno, jako součást jejich každodenní základní stravy. Doplnkové krmivo se odvíjí od individuálních zdravotních potřeb a od nároků kladených na konkrétního koně. To by mělo být stanoveno společně s koňským odborníkem na výživu nebo veterinářem.
- Zdravotní péče musí být pravidelná a prováděna odborníky. Pokud nastanou zdravotní problémy, ať už fyzické nebo psychické, musí být řešeny okamžitě a kůň musí mít dostatek času na zotavení ve vhodném prostředí.
- Přístup ke koni mimo jeho pracovní činnost by měl být pro lidi omezen, aby měl kůň dostatek času na odpočinek, relaxaci a spánek. Koně potřebují spát ve stoje nebo v leže v klidu a nerušení svým okolím.
- Při péči o koně se musí brát v úvahu jejich psychický i emocionální stav a nezapomínat na schopnost koní prožívat stres, bolest a utrpení. Péče o koně by měla podporovat pozitivní emocionální stav koně a vyvarovat se používání přístupů a postupů péče, které mohou způsobit stres, bolest a zranění (IAHAIO 2021).

3.2 Paliativní medicína

3.2.1 Terminologie

Pro označení typu péče o pacienty, u kterých již nezabírá kurativní léčba, je v jednotlivých evropských zemích používána rozdílná terminologie, což se objevuje v odborné literatuře, legislativě, vládních dokumentech i definovaných stanoviscích jednotlivých odborných společností (Centeno et al. 2007). Nejčastěji se používají termíny

jako paliativní péče, hospicová péče nebo v Severní Americe péče v závěru života. V těchto termínech se odráží vzájemné propojení ve zdravotnické péči a zároveň vliv kulturního prostředí, ve kterém jsou používány (Pastrana et al. 2008). Fitch (1994) vyvinul rámec takzvané podpůrné péče, která byla popsána jako komplexní program pro uspokojení veškerých fyzických, emocionálních, psychologických, sociálních, duchovních a praktických potřeb klienta, a to během předdiagnostické, diagnostické, léčebné i následné fáze. Podpůrná péče je, narozdíl od paliativní péče, zaměřená na prevenci a léčbu negativních projevů nádorového onemocnění a onkologické léčby. Je tedy součástí onkologické léčby a je poskytována již v době diagnózy až po terminální stádium nemoci, zároveň je poskytována i pacientům, kteří onkologické onemocnění překonali (Radbruch et al. 2010).

3.2.1.1 Paliativní péče

Existuje hned několik definic pro paliativní péči, jelikož přesný význam tohoto pojmu nebyl doposud ustálen. Vorlíček et al. (2004) uvádí jednu ze starších definic z Velké Británie z roku 1987, která uvádí, že se paliativní medicína zabývá léčbou a péčí o nemocné s aktivním, progredujícím a pokročilým onemocněním. Délka života je u těchto pacientů omezená a předmětem léčby i péče je kvalita jejich života.

Nejčastěji se však setkáme s definicí vydanou World Health Organization (WHO 2019), která uvádí, že „paliativní péče je klíčovou součástí integrovaných zdravotnických služeb zaměřených na lidi. Zmírnění vážného utrpení souvisejícího se zdravím, ať už fyzického, psychologického, sociálního nebo duchovního, je celosvětovou etickou odpovědností. Bez ohledu na to, zda je příčinou utrpení kardiovaskulární onemocnění, rakovina, selhání velkých orgánů, tuberkulóza odolná vůči lékům, těžké popáleniny, chronické onemocnění v konečném stádiu, akutní trauma, extrémní předčasné narození nebo extrémní křehkost stáří, může být zapotřebí paliativní péče a musí být k dispozici na všech úrovních péče“.

Radbruch et al. (2010) uvádí, že „paliativní péče představuje aktivní celkovou péči o pacienta, jehož onemocnění neodpovídá na kurativní léčbu. Zásadně důležité je mírnění bolesti a dalších příznaků a sociálních, psychologických a duchovních problémů. Paliativní péče je ve svém přístupu interdisciplinární a do své působnosti zahrnuje pacienta, rodinu a komunitu. V jistém smyslu nabízí paliativní péče nejzákladnější koncepci péče – péči zaměřenou na naplnění pacientových potřeb, a to bez ohledu na místo, kde pacient pobývá, ať doma nebo v nemocnici. Paliativní péče ctí a chrání život. Umírání a smrt považuje za normální proces, smrt však ani neurychluje, ani neoddaluje. Usiluje o zachování maximální možné kvality života až do smrti.“

Všechny definice obsahují veškeré aspekty péče, lékařské i nelékařské, jak pro nemocného, tak pro jeho rodinu, a to po celou dobu nemoci. Paliativní péče může tedy být souhrnně popsána jako celková a úplná léčba a péče (Vorlíček et al. 2004).

3.2.1.1.1 Rozdělení

Paliativní péči můžeme podle stupně komplexnosti rozdělit na dva přístupy. První je obecný paliativní přístup, který představuje způsob integrace postupů a metod paliativní péče na pracovištích, která nemají jako primární zaměření specializovanou paliativní péči. Tento

přístup by měl být součástí péče, která je poskytována jednotlivými kategoriemi zdravotníků a to jak v rámci jejich kompetencí v prostředí lůžkových oddělení, tak i v domácí péči. Kvalitu obecné paliativní péče ovlivňuje mnoho aspektů. Především se jedná o vzdělání zdravotníků v této konkrétní oblasti, komunikaci s pacientem i jeho rodinou, aby měl pacient možnost vybrat si místo, kde mu paliativní péče bude poskytována, přístup k potřebným léčivům, kvalitu služeb ve zdravotnických zařízeních a dostupnost jak psychologické, tak duchovní podpory (EAPC 2010).

Druhý přístup je specializovaná paliativní péče, která je realizována ve speciálních zařízeních a provádí ji interdisciplinární tým odborníků, který absolvoval vzdělání v této oblasti a jeho hlavní profesní zaměření je na pacienty s komplexními problémy a složitými potřebami, které by nebylo možné optimálně zajišťovat v jiných zdravotnických zařízeních. Členové týmu by měli mít odborné znalosti v oblasti klinického řešení problémů v různých oblastech s cílem naplňovat komplexní potřeby pacienta. Všichni pacienti s progresivní nevléčitelnou nemocí by měli mít přístup ke specializované paliativní péči, která aktivně řeší všechny příznaky jejich zdravotního stavu a vnímá účinky těchto příznaků na pacienty a jejich rodiny i pečující osoby (Radbruch et al. 2010).

3.2.1.2 Hospicová péče

Konkrétní vymezení pojmu hospicové péče se v jednotlivých evropských zemích liší. Je to způsobeno mimo jiné i odlišnými kulturními tradicemi spojenými s péčí o umírající. Některé země mají hospicovou péči jasně odlišenou od té paliativní, ale některé používají tyto dva termíny jako synonyma (Kisvetrová 2018).

Centeno et al. (2007) definují hospicovou péči jako péči, která se zabývá člověkem v jeho celistvosti a jejím cílem je naplnit veškeré jeho fyzické, emocionální, sociální i duchovní potřeby. Doma, v rámci denní péče či v hospici se pečuje o pacienta, který se nachází na konci svého života. Stejně tak se pečuje o rodinu a jeho nejbližší. Zaměstnanci a dobrovolníci pracují v rámci multiprofesního týmu, který poskytuje péči na základě individuálních potřeb pacienta a jeho osobních přání. Hospic se snaží nabídnout úlevu od bolesti, důstojnost, klid a pokoj.

Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky (ÚZIS ČR 2014) definuje hospic jako: „Lůžkové zdravotnické zařízení, kde základem léčby je léčba paliativní, poskytována pacientovi v pokročilém a konečném stádiu nemoci, u kterého byly vyčerpány možnosti léčebné péče vedoucí k vyléčení, jejím účelem je zmírňování utrpení pacienta a vytváření podmínek pro klidné umírání a důstojnou smrt.“

Ve Velké Británii je hospic definován jako účelově postavená nebo adaptovaná budova, ve které se nachází hospitalizační lůžka. Hospicová péče je zde velmi často chápána jako synonymum budovy, ve které lidé s rakovinou tráví poslední týdny svého života. Kromě Velké Británie si i lidé v Německu spojují hospic s institucí nebo budovou (Payne 2007). Ve skutečnosti se však tento termín již více než 30 let nepoužívá ve smyslu instituce, nýbrž jako holistický koncept podpory umírajících pacientů a jejich nejbližších. Cílem je pacientovi poskytnout možnost zemřít v bezpečí a klidu (Student 2006).

Myšlenka hospice vychází dle Svatošové (2011) z úcty k člověku jako neopakovatelné, jedinečné bytosti a z úcty k životu. Není důležité naplnit život dny, ale naopak naplnit dny

životem. Důraz je kladen na kvalitu života jedince, a to až do samotného konce, doslova do posledního vydechnutí. Kromě doprovázení daného jedince se jedná i o doprovázení jeho blízkých, kteří hrají velmi důležitou a nepostradatelnou roli. Hospice se rodině věnují i nadále po úmrtí jedince, a to i dlouhodobě.

Dle řady autorů hospicová péče představuje komunitní program, který slouží k poskytování meziprofesionální multidimenzionální péče klientům s terminálním stádiem nemoci a jejich rodinám. V tomto stádiu nemoci se předpokládá zbývajících délka života kratší než šest měsíců (Hui et al. 2013).

3.2.1.2.1 Rozdělení hospicové péče

Hospicovou péči můžeme rozdělit na tři formy. Domácí hospicová péče, stacionární hospicová péče a lůžková hospicová péče.

Domácí hospicová péče je pro klienta nejideálnější formou hospicové péče, a to díky tomu, že zůstává v prostředí, které dobře zná a je mu blízké. Tato forma může být plně zajištěna jen za předpokladu plně fungující rodiny klienta. Omezující může být prostor a celkové zatížení rodiny, která navíc nemusí být schopná poskytnout dostatečně odbornou péči, která je nezbytná (Svatošová 2011).

Stacionární hospicová péče zahrnuje denní pobyty v takzvaném stacionáři, který je většinou součástí hospice. Klient je přijat do hospicového stacionáře v ranních hodinách a v odpoledních či večerních hodinách se vrací zpět domů. Dopravu do stacionáře zajišťuje buď rodina, nebo samotný hospic. Tato forma péče je vhodná především pro klienty, kteří bydlí v blízkém okolí. Je často volena pouze na přechodnou dobu, a to nejčastěji z diagnostického důvodu. Tím je pak nejčastěji zajištění kontroly bolesti, kterou nebylo možné zvládnout v domácích podmínkách. Další důvod je léčebný, klient je dopraven do hospice za účelem aplikace infuzí a paliativní léčby. Psychoterapeutický důvod je typický pro klienty, kteří jsou buď osamělí, nebo u nich rodina nechce nebo není schopna hovořit o daných problémech. Poslední důvod je respitní, lze jej také nazvat jako odlehčovací, který je velmi častý. Jedná se o využití hospicové péče v momentě, kdy si rodina potřebuje odpočinout od nemocného, ale také nemocný od rodiny. Tento případ lze pojmut jako preventivní opatření proti možné pozdější hospitalizaci a zároveň proti hrozícímu vyčerpání rodinných příslušníků (Svatošová 2011).

Lůžková hospicová péče se využívá v případě, kdy není možné každodenní dojíždění klienta do stacionáře. Důvodem může být zdravotní stav klienta nebo vzdálenost od místa bydliště. Velmi často se objevuje názor, že každý nemocný na hospicovém lůžku zemře, ten je ale mylný. Samozřejmě se to stát může, ale není to pravidlem. Hospitalizace bývají krátkodobé a obvykle se opakují. Klient přichází zcela dobrovolně a svobodně ve chvíli, kdy je jasné, že situace doma je nezvladatelná, ale k hospitalizaci v nemocnici není důvod. Návštěvní hodiny bývají neomezené. Pokud si rodinní příslušníci nebo blízcí přátelé přejí ošetřovat nemocného, je jim to umožněno. Systém v lůžkovém hospici je oproti pobytu v nemocnici volnější. Přestože probíhají lékařské a sesterské vizity, klient si může určit denní režim zcela sám. Je kladen důraz na kvalitu života klienta, pokud tedy neexistují zdravotní důvody, kvůli kterým by musel být celý den upoután na lůžko, převlékne se ráno do svého oblečení a může se volně pohybovat v areálu hospice, po domluvě s personálem i mimo něj (Svatošová 2011).

3.2.1.3 Péče v závěru života

Termín péče o pacienta v závěru života, který je typický pro zdravotnictví v Severní Americe, již byl zaveden i v Evropě. Někdy bývá tento termín chápán tak, že paliativní péče je spojena především s péčí o onkologické pacienty, zatímco termín péče o pacienta v závěru života lze použít pro všechny pacienty, kteří se nachází v terminálním stádiu nemoci. Můžeme ho definovat dvěma způsoby.

Nejprve definice, která vychází z obecné definice závěru života. Podlé této definice může být termín péče o pacienta v závěru života používán jako synonymum paliativní péče nebo hospicové péče. Konec života zde představuje určité časové období, konkrétně od jednoho do dvou let. V tomto časovém období se pacient a jeho nejbližší okolí dozvídají, že má pacient onemocnění, které výrazně omezuje délku jeho života (Radbruch et al. 2010).

Druhá definice vychází z užší definice závěru života. Scottish Partnership for Palliative Care (SPPC) chápe péči o pacienta v závěru života jako péči, která je umožněna všem pacientům v terminálním stádiu bez ohledu na jejich diagnózu a místo, kde je péče poskytována. V rámci úzké definice závěru života lze paliativní péči chápat jako komplexní péči o umírajícího v průběhu posledních hodin nebo dnů pacientova života (SPPC 2007).

Cílem péče v závěru života je co nejvíce zmenšit fyzické a psychické utrpení, existenciální a spirituální nejistotu a zároveň co nejméně zasahovat do pacientova soukromí, pomáhat s řešením osobních věcí a zpřístupnit mu zdroje duchovní podpory (Proulx & Jacelon 2004).

3.2.2 Cíle

Hlavním cílem paliativní medicíny je poskytovat integrovanou komplexní péči a dále zmírňovat veškeré aspekty utrpení nemocného, které jsou vzájemně provázané a ovlivňují jeho celkový komfort nebo diskomfort (Vorlíček et al. 2004). Snahou je zvládat bolest a zvyšovat kvalitu života u osob s život ohrožující nemocí, a to vše se zachováním důstojnosti a bez ohledu na prognózu. Dále sem řadíme snahy o snižování množství invazivní nebo zbytečně poskytované zdravotnické péče a počtu hospitalizací (Marková 2015).

Sláma et al. (2011) uvádí, že hlavním cílem není prodloužit život, ale zaměřit se na jeho kvalitu, aby nedocházelo k tělesnému ani duševnímu strádání. Nejdůležitější je provádět integrovanou a komplexní péči, která v ideálním případě vede ke zmírnění veškerých aspektů utrpení chronicky nemocného nebo nemocného v terminálním stádiu onemocnění.

Včasná integrace paliativní péče může vést například u klientů s metastatickým nemalobuněčným karcinomem plic k prodloužení života a klinicky k významnému zlepšení kvality života a nálady. Klienti, kteří byli zařazeni do časně paliativní péče, měli lepší kvalitu života oproti těm, kteří dostávali pouze standardní péči. Včasné zavedení paliativní péče vedlo k méně agresivní léčbě na konci života a to včetně omezení chemoterapie a prodloužení hospicové péče (Temel et al. 2010).

3.2.3 Terminální stádium nemoci

V terminálním stádiu již nevyléčitelného onemocnění nastává progresivní ireverzibilní zhoršení celkového zdravotního stavu pacienta, a to následkem postupné dysfunkce jedné

nebo i více orgánových soustav najednou. Terminální stádium onemocnění trvá zpravidla několik týdnů nebo dokonce pouze dnů. V této etapě nemoci obvykle není indikována resuscitační ani intenzivní terapie. Pacientovi by měl být umožněn důstojný a klidný odchod (Sláma et al. 2011).

3.2.4 Historie ve světě

Marková (2010) uvádí, že paliativní medicína je nejstarší formou medicíny. Po staletí bylo zmírňování lidského utrpení a provázení ke smrti hlavním posláním lékařů, což probíhalo přirozeně nejčastěji v domácím prostředí, sporadicky pak v nemocnicích. Obvykle se na tomto procesu podílela především rodina, přátelé a duchovní.

V roce 1847 založila Jeanne Garnierová v Lyonu společenství žen, většinou vdov, které se plně věnovaly péči o nevléčitelně nemocné. O 5 let později otevřely v Paříži první zařízení pojmenované hospic. Díky souvislosti s dílem J. Garnierové získalo slovo hospic svůj význam jako místo, kam jsou přijímáni pacienti na konci života. V roce 1878 založila Marie Aikenheadová v irském Dublinu kongregaci Sester lásky. Jejím hlavním posláním bylo doprovázet umírající na jejich cestě při umírání. Tato komunita založila například hospic sv. Josefa v Londýně a několik dalších domů v Irsku a Anglii. Cicely Saundersová, která v tomto hospici pracovala po 2. světové válce jako sestra a později i jako lékařka, začala v 50. letech 20. století formulovat zásady lékařské péče přizpůsobené potřebám a životní situaci nemocných, kterým tehdy ani rychle se rozvíjející medicína nemohla nabídnout plné vyléčení. Mezi její významné výzkumy patří použití perorálního morfinu při léčbě chronické nádorové bolesti. Za určitý souhrn základních myšlenek Saundersové a celého hospicového hnutí lze považovat její koncept „celkové bolesti“ (total pain), kdy je tělesná bolest nerozlučně spjata s psychickým, sociálním a duchovním utrpením. Fyzická a psychická bolest/utrpení se navzájem ovlivňují. Za počátek moderního hospicového hnutí bývá považováno založení hospice sv. Kryštofa na předměstí Londýna v roce 1967. V tomto hospici byla péče o „celkovou bolest“ terminálně nemocných poprvé zajištěna multidisciplinárním týmem (Vorlíček & Sláma 2005).

V roce 1975 založil doktor Balfour Mount v Royal Victoria Hospital v kanadském Montrealu první oddělení paliativní péče. Tento termín zvolil, aby předešel nedorozuměním spojeným se slovem „hospic“. Paliativní péče vychází sice ze zásad hospicového hnutí, ale nevymezuje se proti hlavnímu proudu medicíny. Právě naopak, paliativní péče systematicky usiluje o implementaci přístupů a dílčích postupů hospicové péče v podmínkách ostatních zdravotnických zařízení (Vorlíček & Sláma 2005).

3.2.5 Historie v České republice

V porovnání s jinými zeměmi se zájem o paliativní medicínu rozvinul v České republice relativně pozdě, a to až po roce 1989. Řada českých lékařů a sester měla možnost vycestovat do zahraničí a tam navštívit pracoviště, kde získali velké množství jak praktických, tak i teoretických poznatků. Díky těmto nově nabytým vědomostem a zkušenostem bylo v České republice v 90. letech 20. století vybudováno několik hospiců, které působí jako nestátní zdravotnická zařízení a jsou zřizována občanskými sdruženími nebo katolickou Charitou. Jako první se otevřel hospic Anežky České v Červeném Kostelci v roce 1995. Roku

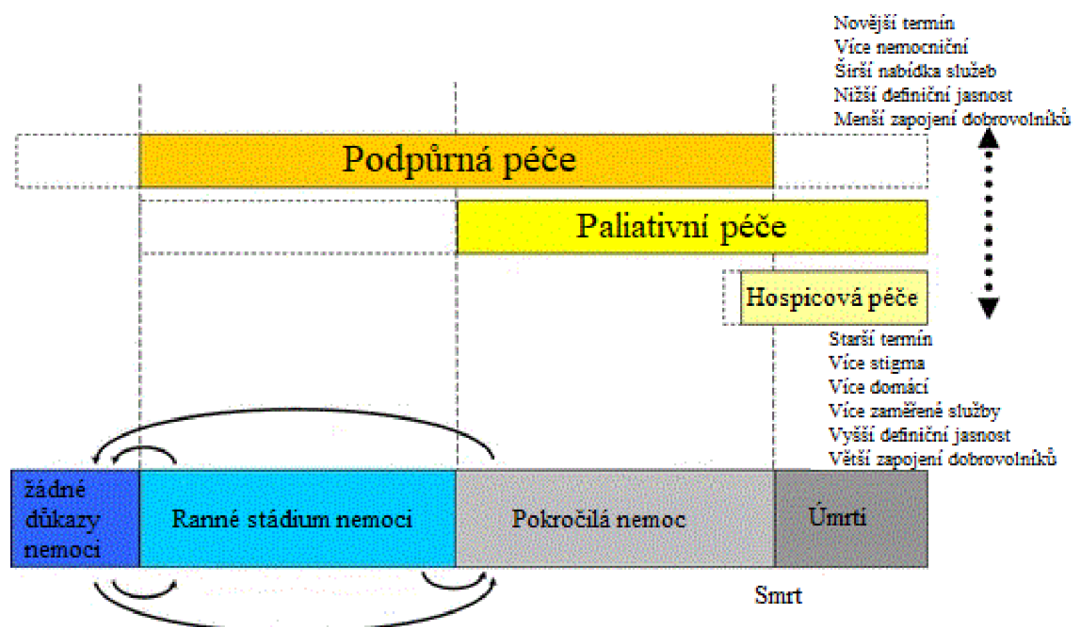
1992 bylo otevřeno první oddělení paliativní péče v nemocnici v Babicích nad Svitavou. Postupně vzniká mnoho agentur, které se zabývají poskytováním domácí hospicové péče. Přesto lze konstatovat, že dynamika rozvoje paliativní medicíny v České republice je oproti jiným zemím, například Polsku nebo Maďarsku, poměrně pomalá (Vorlíček et al. 2004).

3.2.6 Současnost

V současné době se paliativní péče o nemocné jako součást zdravotní péče v závěru života dostala do povědomí odborné i laické veřejnosti. V roce 2008 byla založena Česká společnost paliativní medicíny při České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně, která si klade za cíl spolupracovat jak s ostatními odbornými společnostmi, tak s pojišťovkami a Ministerstvem zdravotnictví České republiky na rozvoji a zvýšení dostupnosti paliativní péče obecné i specializované. Pro budoucí rozvoj paliativní péče je mimo jiné důležité vzdělávání lékařů a sester a celkový rozvoj moderní paliativní péče (Sláma 2009).

Hui et al. (2013) zveřejnili studii, jejímž cílem bylo prozkoumat již publikovanou literaturu, lékařské slovníky a studijní učebnice obsahující pojmy a definice podpůrné péče, nejlepší podpůrné péče, paliativní péče a hospicové péče. Vyhledávání těchto termínů odhalilo širokou škálu definic, které se často vzájemně překrývají, ale přesto lze najít i mnoho charakteristických rysů. Všechny tyto pojmy shodně označují meziprofesionální péči s cílem optimalizace kvality života, avšak rozsah dané služby, populace pacientů a způsob, jakým je daná služba vnímána, se výrazně liší.

Následující Obrázek 1 zachycuje různá stadia onemocnění. Šipky naznačují, jak může pacient přejít z jednoho stádia do druhého. Obrázek se týká podpůrné péče, paliativní péče a hospicové péče. Hospicová péče je součástí paliativní péče, která je součástí podpůrné péče. Všechny se tedy navzájem prolínají (Hui et al. 2013).



Obrázek 1: Zachycující rozdělení nemoci a typu péče dle studie Hui et al. (2013)

Následující Tabulka 1 obsahuje přehled definic, cílů a rozdělení paliativní a hospicové péče, zároveň jsou zde patrné rozdíly mezi jednotlivými body.

Tabulka 1: Shrnutí paliativní a hospicové péče

	Paliativní péče	Hospicová péče
Definice	Léčba a péče o nemocné s aktivním, progredujícím a pokročilým onemocněním (Vorlíček et al. 2014).	Lůžkové zdravotnické zařízení, kde je léčba poskytována pacientovi v pokročilém a konečném stádiu nemoci (ÚZIS ČR 2014).
	Aktivní celková léčba o pacienta, jehož onemocnění neodpovídá na kurativní léčbu (Radbruch et al. 2010).	Holistický koncept podpory umírajících pacientů a jejich nejbližších (Student 2006).
		Komunitní program, poskytující meziprofesionální multidimenzionální péči pacientům v terminálním stádiu nemoci a jejich rodinám (Hui et al. 2013).
Cíl	Usiluje o co největší kvalitu života (Radbruch et al. 2010).	Naplnit všechny fyzické, emocionální, sociální i duchovní potřeby pacienta (Centeno et al. 2007).
	Zmírnění vážného utrpení souvisejícího se zdravým fyzickým, psychologickým, sociálním nebo duchovním (WHO 2019).	
Rozdělení	Obecný paliativní přístup (EAPC 2010).	Domácí hospicová péče (Svatošová 2011).
	Specializovaná paliativní péče (Radbruch et al. 2010).	Stacionární hospicová péče (Svatošová 2011).
		Lůžková hospicová péče (Svatošová 2011).

3.2.7 Dětská paliativní péče

Wolfe et al. (2000) ve své studii uvádí jako jednu z nejčastějších příčin úmrtí dětí rakovinu. Péče o děti na konci jejich života je velice složitá, jelikož hlavním cílem je vždy vyléčení dítěte. I z tohoto důvodu se lékaři často rozhodnou pro agresivní léčbu, která ale přináší dítěti značnou bolest a utrpení. Děti v posledním měsíci života mají mnoho symptomů, kvůli kterým trpí, například únavu, bolest, špatné dýchání, ztráta chuti k jídlu. Horší kvalitu života mívají děti, které zemřou na komplikace spojené s léčbou v nemocnici, velice často na jednotce intenzivní péče. Existuje možnost, že pokud bude kladen větší důraz na kontrolu

symptomů a celkovou pohodu dětí s pokročilým onemocněním, zmírní se tak jejich utrpení. Tomu by mohli velice pomoci rodiče, kteří často poznají nově se projevující symptomy, jako je únava, dříve než lékaři.

3.2.7.1 Definice

Dětská paliativní péče byla definována WHO již v roce 1998 a od roku 2007 se tato definice stala nedílnou součástí EAPC. Definice uvádí, že „Dětská paliativní péče je aktivní komplexní péčí o somatickou, psychickou a spirituální dimenzi nemocného dítěte a zahrnuje také podporu rodiny. Tato péče začíná v okamžiku stanovení diagnózy nemoci a pokračuje bez ohledu na to, zda je dítěti zároveň poskytována léčba zaměřená na diagnostikované onemocnění. Poskytovatelé zdravotní péče musí vyhodnocovat a mírnit fyzické, psychické a sociální strádání dítěte. Efektivní paliativní péče vyžaduje široký multidisciplinární přístup, který začleňuje rodinu dítěte a využívá také dostupných komunitních zdrojů. Tato péče může být úspěšně realizována i s limitovanými prostředky. Paliativní péče může být poskytována na všech úrovních zdravotní péče i v domácím prostředí dítěte.“ (IMPaCCT 2014).

3.2.7.2 Stupně

U dětí, jejichž život limituje a ohrožuje onemocnění, jsou definované tři stupně dětské paliativní péče. První stupeň je paliativní přístup, který by správně měli dodržovat veškerí odborní pracovníci ve zdravotnictví bez rozdílu. Konkrétně se jedná o implementaci základních principů paliativní péče do každodenní praxe. Paliativní přístup se dá definovat jako otevřený postoj ke smrti a umírání, který zaujímají všichni zdravotníci pracující s pacientem a jeho rodinou s respektem k přáním pacienta ohledně jeho léčby a péče (Gott et al. 2013).

Druhý stupeň je obecná paliativní péče. Ta je mezistupněm mezi paliativním přístupem a specializovanou paliativní péčí. Obecná paliativní péče je poskytována zdravotníky v situaci pokročilého onemocnění v klinické praxi v rámci jednotlivých odborností zdravotníků. Všichni zdravotníci, s ohledem na svou odbornost, by ji měli umět poskytnout. Dětem a jejich rodinám ji poskytují zdravotníci, kteří byli proškoleni, mají s paliativní péčí určité zkušenosti, ale nevěnují se jí profesně naplno (Gott et al. 2013).

Třetí a nejvyšší stupeň je specializovaná paliativní péče. Definuje se jako aktivní odborná multidisciplinární péče, která je poskytována odborným týmem. Členové týmu jsou ohledně paliativní péče odborně vzděláni. Tato specializovaná paliativní péče se využívá k zajištění péče u nemocných, kde intenzita a dynamika obtíží převyšují možnost obecné paliativní péče (Sláma et al. 2011). Mezi nejčastější formu specializované paliativní péče v České republice patří mobilní a lůžkové hospice, denní stacionář paliativní péče nebo konziliární tým paliativní péče, který působí v rámci daného zdravotnického zařízení (Bužgová et al. 2019).

3.2.7.3 Historie ve světě

První dětský hospic založila v Anglii sestra Frances Dominica, a to 15 let po založení prvního hospice pro dospělé pacienty Cecily Saundersovou, tedy roku 1982 ve městě Oxford.

Nápad a výstavbu hospice zrealizovala s rodiči své první dětské pacientky Helen, po které byl hospic pojmenován jako Helen House. Helen měla ve svých dvou a půl letech diagnostikovaný nádor na mozku (Marston 2017).

Ve Spojených státech amerických vznikla krátce poté organizace nesoucí název Children's Hospice International (CHI), kterou založila Anne Armstrong-Daileyová. Vytýčila si následující cíle: rozšířit povědomí o dětské paliativní péči, propojit kamenné a mobilní hospice, vzdělávat a rozšířit celkovou osvětu pro širokou veřejnost, čímž chtěla docílit zařazení dětské paliativní péče do pediatrie. Povědomí o těchto tématech a cílech nadále rostlo a díky tomu docházelo k rozvoji dětské paliativní péči nejen v jednotlivých státech ve Spojených státech amerických, ale zároveň i po celém světě. V roce 1984 se spustil zcela inovativní paliativní program pro dětské pacienty v nemocnici St. Mary's Hospital v New Yorku, která se poskytováním paliativní péče zabývala již od svého založení na konci 19. století (Marston 2017).

Ann Goldmannová, dětská onkoložka, roku 1986 založila a posléze vedla v Londýně v Great Ormond Street Children's Hospital (GOSH) vůbec první nemocniční tým, který byl zaměřený na léčbu symptomů pokročilého onemocnění. Ann Goldmannová se díky tomu stala první dětskou konzultantkou v dětské paliativní péči a iniciovala vydání knihy s názvem „Oxford Textbook of Palliative Care for Children“ (Oxfordská učebnice paliativní péče o dětské pacienty).

O dva roky později, tedy v roce 1988, vznikla v Londýně díky sestře Frances Dominice a profesoru Davidu Baumovi organizace nesoucí název Association for Children's Palliative Care (ACT), která se stala národním výzkumným a informačním střediskem pro dětskou paliativní péči (Marston 2017).

Roku 1994 ve Varšavě v Polsku založil dětský anesteziolog Tomasz Dangel první mobilní dětský hospic. Tento hospic se stal vzorem programu domácí péče a podílel se nejen na vývoji a rozvoji dětské paliativní péče, ale také na vzdělávání v tomto oboru jak v Polsku, kde je tato péče na vysoké úrovni, tak i v dalších zemích Evropy, a to včetně České republiky. Na Slovensku u Bratislavy poskytuje od roku 2002 domácí paliativní péči domácí hospic Plamienok, který se také věnuje vzdělávání odborníků v této oblasti paliativní péče (Bužgová et al. 2019).

Zvláště v roce 2003 začalo mnoho států poskytovat dětskou paliativní péči nebo služby s ní související, mimo jiné se jednalo o následující státy: Uganda, Itálie, Francie, Rumunsko, Kostarika a Indie. Během tohoto roku se objevila myšlenka na vytvoření celosvětové organizace, která by měla za cíl standardizaci dětské paliativní péče a šíření osvěty. Organizace nese název International Children's Palliative Care Network (ICPCN). Joan Marstonová, která založila druhý hospic v Jižní Africe Sunflower's Children's Hospice, byla jednou ze zakládajících členek této celosvětové organizace (Bužgová et al. 2019).

3.2.7.4 Historie v České republice

Nadační fond Klíček, dříve Nadace Klíček, se začal již v roce 1991 věnovat poskytování individualizované paliativní podpory rodinám s vážně nemocnými dětmi. V roce 2004 zahájil tento nadační fond provoz respitního domu, který byl první částí plánovaného komplexu dětského hospice v Malejovicích u Uhliřských Janovic (Bužgová et al. 2019).

Původním cílem tohoto nadačního fondu bylo zřídit na venkově takzvaný otevřený dům se zahradou, kam by měly vážně nemocné děti možnost dojíždět během své náročné léčby, ale i po jejím skončení. Dům by pro ně představoval místo odpočinku a také prostor pro nabrání nových sil (Nadační fond Klíček 2021).

Nadační fond dětské onkologie Krtek (NFDO Krtek), který byl založen již roku 1999, je součástí Kliniky dětské onkologie FN Brno. V roce 2008 odstartoval projekt takzvané domácí péče, který NFDO Krtek podporuje (Nadační fond dětské onkologie Krtek 2021). V roce 2015, tedy o sedm let později, rozšířil mobilní paliativní tým svou péči také na neonkologické dětské pacienty (Bužgová et al. 2019).

Další, kdo se začal věnovat poskytování dětské paliativní péči, byl Mobilní hospic Ondrášek, který byl původně určený pouze pro dospělé pacienty. V roce 2011 začal poskytovat péči dětským pacientům v Ostravě a v části Moravskoslezského kraje. V roce 2015 rozšířil své služby o denní hospicový stacionář, první v České republice, který nabízí tři lůžka pro denní pobyt dětem od narození do osmnácti let, které mají nevléčitelné, život limitující a ohrožující onemocnění, a které již nemůžou navštěvovat rehabilitační stacionáře nebo zařízení těmto podobné (Bužgová et al. 2019).

Hospicové občanské sdružení Cesta domů bylo založeno roku 2001 a svůj provoz zahájilo v roce 2003. Momentálně se jedná o největší pražský hospic, který poskytuje poradenské služby v rámci péče o nevléčitelně nemocné a umírající pro celou Českou republiku. Svého prvního dětského pacienta přijali v listopadu roku 2014 a od té doby se dětské paliativní péči věnují. V roce 2015 bylo v jejich péči šest dětských pacientů (Cesta domů 2021).

V roce 2014 se uskutečnila první česká konference dětské paliativní péče. Hlavním tématem byla péče o nevléčitelně nemocné děti a jejich rodiny. Cílem konference byla diskuze o dětské paliativní péči, navázání bližší spolupráci mezi skupinami a ustanovení základních standardů této péče. Předmětem rozhovorů bylo například to, jak naplnit potřeby a očekávání rodin, které se vyrovnávají s blížící se ztrátou dítěte, jak nastavit potřebnou zdravotní i sociální péči a jak zajistit návaznost léčebné a paliativní péče. Konference byla určena především odborné veřejnosti, jmenovitě poskytovatelům hospicové paliativní péče, zdravotníkům a zástupcům svépomocných organizací zabývajících se problematikou nevléčitelných onemocnění u dětí. Zúčastnit se ale mohl každý, koho dětská paliativní péče zajímá (Česká společnost paliativní medicíny 2014). V loňském roce v listopadu se uskutečnila již pátá konference dětské paliativní péče v České republice (Česká společnost paliativní medicíny 2021).

Na konci listopadu 2015 vznikla v rámci České společnosti paliativní medicíny Pracovní skupina dětské paliativní péče. Cílem pracovní skupiny je zavést platné celoevropské standardy pediatrické paliativní péče do systému zdravotní péče v České republice, a také v praxi zajistit a dlouhodobě udržovat její dostupnost v rámci celé republiky. Dalším cílem Pracovní skupiny je zlepšení spolupráce mezi fakultními a regionálními nemocnicemi, s praktickými pediatry a s mobilními i kamennými hospici tak, aby se postupně dala zajistit komplexní paliativní péče pro potřebné děti na celém území České republiky a to na všech úrovních zdravotnické péče a poté i v přirozeném domácím prostředí dítěte. Jedním z úkolů Pracovní skupiny je i vzdělávat odborníky paliativní péče v rámci edukačních programů a kurzů (Mojžíšová 2017).

3.2.8 Animoterapie

Animoterapie spadá pod podpůrnou léčbu. Využívá pozitivního působení zvířete na člověka a dokáže ovlivnit psychiku člověka až k nastolení duševní rovnováhy a k motivaci. Napomáhá zlepšení sociálního citění a rozvíjení jemné i hrubé motoriky. Mezi nejčastěji využívaná zvířata při animoterapii patří: kůň v hiporehabilitaci, pes v canisterapii a kočka ve felinoterapii (Nerandžič 2006). Pro mnoho lidí není jejich domácí mazlíček pouze zvířetem, ale i plnohodnotným členem rodiny (Phear 1996). Při zmírňování kardiovaskulárních účinků stresu je přítomnost domácího mazlíčka účinnější než přítomnost partnera (Allen et al. 2002).

International Association of Human-Animal Interaction Organizations (IAHAIO) je mezinárodní organizace, která zastřešuje národní společnosti, jež se zabývají výzkumem vzájemného vztahu člověka se zvířetem. Založena byla v roce 1990 v USA, mezi její členské státy patří i Česká republika. Organizace Delta Society, v současnosti známá pod názvem Pet Partners, roku 1990 vypracovala standardy pro léčebné a asistované aktivity s využitím zvířat. Jejich cílem bylo propagovat a prosazovat pozitivní výsledky, které působení zvířat na lidské zdraví přináší, umožnit zapojení zvířat do běžného života, podporovat role zvířat v léčbě, rehabilitaci a ve službách pro zdravotně postižené. Základem těchto standardů jsou pracovní programy Animal Assisted Activities – AAA, Animal Assisted Therapy – AAT (Nerandžič 2006). Opatřilová (2013) uvádí další dva programy Animal Assisted Education – AAE a Animal Assisted Crisis Response – AACR. Všechny tyto programy spadají pod pojem Animal Assisted Interventions – AAI, což jsou intervence za pomoci zvířat. Zvířata jsou začleňována do zdravotních terapií, vzdělávání a lidských služeb za účelem terapeutického přínosu, zlepšení zdraví a pohody (Pet Partners 2022).

Program Animal Assisted Activities – AAA je zaměřený na činnosti s přítomností zvířat, především na rozvoj klienta v sociálních dovednostech. Lze jej rozdělit na tři další formy. Pasivní, kdy je zvíře pouze v přítomnosti klienta, nezahrnuje nutnou péči o zvíře. Interaktivní rezidentní, zvíře je umístěno ve stejném zařízení jako klient a klient o dané zvíře pečuje. Interaktivní návštěvní, kdy zvíře dochází do zařízení a navštěvuje klienty (Opatřilová 2013). Při AAA nejsou dány konkrétní léčebné cíle a není zde ani žádná povinnost odborné dokumentace. Podle IAHAIO je AAA neformální, plánovaná interakce za účelem motivace, vzdělání a rekreace. Pro vykonávání této interakce stačí týmu lidí a zvířat úvodní školení (Lundqvist et al. 2017).

Při Animal Assisted Therapy – AAT se zvíře stává součástí terapie. Terapií se posiluje žádoucí chování klienta a zároveň se odbourává chování nežádoucí (Opatřilová 2013). Tuto terapii mohou provádět pouze vzdělání odborníci, lékaři, fyzioterapeuti, ergoterapeuti a další kvalifikované osoby (Nerandžič 2006). Lundqvist et al. (2017) uvádí definici dle IAHAIO, podle níž je AAT cíleně orientovaná, plánovaná a strukturovaná terapeutická intervence, kterou poskytují odborníci. Veškeré postupy a pokroky v terapii jsou měřeny a zahrnuty do odborné dokumentace. Podle American Veterinary Medical Association (AVMA), by léčebný proces měl být součástí definice AAT.

Animal Assisted Education – AAE zahrnuje zvíře do edukačního procesu. Ten je zaměřen na zlepšení i rozšíření výchovy klienta a na jeho sociální dovednosti. Kontakt zvířete s klientem bývá buď přirozený, nebo cílený (Opatřilová 2013). AAE je cílená, strukturovaná

a plánovaná intervence, kterou vede odborník na všeobecné vzdělání nebo speciální pedagog. Dále se zaměřuje na akademické cíle a kognitivní fungování. Veškeré pokroky jsou měřeny a dokumentovány (Pet Partners 2022).

Animal Assisted Crisis Response – AACR se snaží o přirozený kontakt zvířete a klienta, který se nachází v těžké životní situaci. Zvíře pomáhá snižovat stres a zlepšuje fyzický i psychický stav klienta. Tímto způsobem mu pomůže těžkou životní situaci zvládnout a překonat (Opatřilová 2013). AACR nenahrazuje profesionální intervence, ale poskytuje podporu lidem, které zasáhla přírodní, technologická nebo jiná katastrofa (Pet Partners 2022).

Pouto mezi člověkem a zvířetem bylo definováno jako vzájemně prospěšný a dynamický vztah mezi lidmi a zvířaty, modulovaný vzájemným chováním, které je zásadní pro zdraví a pohodu obou zúčastněných subjektů. Tato definice zahrnuje, ale není omezena na, emocionální, psychologické a fyzické interakce lidí, zvířat a životního prostředí (Scopa et al. 2019).

Zvíře v paliativní péči může mít pozitivní vliv jak na pacienta, tak na personál. Chinner & Dalziel (1991) ve své studii uvádí, že pes usnadnil interakce mezi personálem a pacienty, zjednodušil vztahy mezi pacienty a návštěvníky a dokonce pozvedl morálku personálu a pacientů. Phear (1996) mezi dalšími přínosy uvádí zlepšení nálady pacientů a větší relaxaci v přítomnosti psů. Kontakt se zvířetem pacientovi pomůže zmírnit úzkost a zoufalství v terminálním stádiu, také dokáže urychlit postup v pěti fázích smutku k přijetí vlastní smrti v modelu podle Elisabeth Kübler-Ross (Muschel 1984).

3.3 Dotyková terapie

Dotyková terapie v hiporehabilitaci je nová rozvíjející se metoda. Využívá se především v paliativní a následné péči. Nemá ustálenou mezinárodní terminologii, a tak je k nalezení pod různými názvy. Nejvíce studií a článků lze najít pod klíčovým slovem „touch“, v češtině „dotyk“. Dále lze použít výraz „hand grooming“, což lze do češtiny přeložit jako „ruční péče o koně“, například čištění nebo i hlazení koně, který ve svých studiích použili Lee et al. (2019) a Baldwin et al. (2021). Tyto studie byly publikovány teprve nedávno a je tedy možné, že se tento název bude v dalších studiích opakovat častěji.

Knapp & Hall (2002) považují komunikaci dotykem za jednu z nejúčinnějších forem neverbální komunikace. Klienti dostávají rychlou a jasnou neverbální zpětnou vazbu od koně, který reaguje na jejich celkovou energii, emoce a komunikační styl. Velká část interakce při terapii mezi koněm a klientem probíhá prostřednictvím neverbálních signálů a fyzických dotyků. Právě dotyk, který využívají klienti k navázání vztahu s koněm, jim pomáhá se uklidnit a posílit tak jejich pozitivní chování (Hamilton 2011). Kontakt s koněm může terapeutovi pomoci prolomit ochranné bariéry klienta. Klient si vytvoří nové vhledy a perspektivy pro řešení vzorců svého starého chování a svých problémů (Tyler 1994).

Kůň může být velmi prospěšný u klientů, kteří zažili špatnou zkušenost, například týrání, kvůli které se u nich mohla rozvinout posttraumatická stresová porucha, nebo těžká psychóza. Narozdíl od lidského terapeuta kůň v tomto případě nepředstavuje hrozbu opětovného traumatu. Pro klienta je dotyk koňské srsti emocionálně bezpečnější než dotyk lidský (Klontz et al. 2007). Kůň má při terapii kladný potenciál, může pomoci klientovi, aby se cítil lépe, a může také podpořit pozitivní terapeutické výsledky (Beauchen 2017). Sexauer (2011) uvádí,

že lékaři nejčastěji ve spojitosti s dotykem mezi klientem a koněm používají výrazy jako bezpečný, neodsuzující, přijímající a uklidňující. Mezi další terapeutické přínosy patří důvěra a sebeúcta, která se pomocí dotyku u klienta zvyšuje.

Lessick et al. (2004) uvádí, že koně je možné používat podobným způsobem jako menší zvířata, například psi a kočky, která se účastní léčebných programů v různých lůžkových a ambulantních zařízeních. Využívá se péče o koně, díky které může dojít ke zvýšení rozsahu pohyblivosti kloubů klienta. Dotyk spojený s hlazením koně má uklidňující účinek a podporuje relaxaci. Kůň je charakteristický svou velkou plochou těla, která tak nabízí mnoho možností pro kontakt a dotyk klienta (Esbjorn 2006). Fry (2013) uvádí případovou studii, ve které klientka prostřednictvím smyslového zkoumání koňské srsti našla obnovené spojení se svým fyzickým já. Bachi et al. (2012) uvádí případ 14leté dívky, která vyrůstala v rodině s násilnickým otcem. Na začátku terapií dívka nesnesla žádný dotyk od jiné osoby, ani nevinné poklepání na rameno. Její terapie zahrnovala například hřebelcování koně, díky kterému začala postupně používat a přijímat dotyk s koněm. Po vybudování důvěry s koněm začala dívka postupně přijímat i lidský dotyk. Díky této fyzické interakci s koněm znovu objevila své fyzické já, opětovně nabyla schopnost tolerovat cizí dotyk a cítila se neohrožená a v bezpečí.

Mnoho starších dospělých se stěhuje ke konci života do nějakého typu zařízení dlouhodobé péče. V těchto zařízeních není většinou dovoleno mít domácího mazlíčka, a proto lidé pociťují samotu (Banks & Banks 2002). Calvert (1989) ve své studii uvádí, že klienti, kteří dobrovolně navázali kontakt s domácím mazlíčkem, měli menší pocit osamělosti než klienti, kteří měli nízkou úroveň kontaktu. Ke stejnému závěru došli i Banks & Banks (2002) ve své studii, která prokázala, že AAT výrazně snížilo osamělost. Kromě toho dokázal domácí mazlíček v klientech vyvolat spontánní vzpomínky na dětství nebo mládí a jejich tehdejší domácí mazlíčky. V této studii si samy klienti mohli vybrat, zda se chtějí zúčastnit nebo ne. U klientů, kteří se rozhodli nezúčastnit, bylo zjištěno, že za celý svůj život neměli buď žádného domácího mazlíčka, nebo s ním měli spojenou nepříjemnou zkušenost. Naopak klienti, kteří se rozhodli studie zúčastnit, dříve domácího mazlíčka měli. Možná i proto u nich byla terapie natolik úspěšná. Cairns (2019) ve své práci uvádí, že kůň vyvolal u několika klientů vzpomínky na dětství. Jedna klientka si vzpomněla, jak v dětství viděla narození hříběte. Další si vybavila své dětství na farmě, a to, jak pro koně trhala jablka, která si od ní poté brali přímo z jejích rukou.

Dotyková terapie ovlivňuje průběh kognitivního, emocionálního a fyzického vývoje jedince (Field 1998). Brooks (2006) uvádí, že kůň může pomáhat při posuzování, hodnocení a diagnostikování. Mnoho informací o klientech lze získat z pozorování vzájemné interakce se zvířetem. Zároveň je přínosné i sledování reakce koně na daného klienta – na jeho dotyky nebo celkové chování. Při zpětné vazbě kůň zrcadlí aspekty klientovi osobnosti, čímž mu usnadní uvědomění si sebe sama. Již Bolwby (1969) ve svém návrhu teorie připoutanosti naznačuje, že udržování těsné blízkosti člověka se zvířetem pomáhá lidem lépe se vyrovnat se světem.

Koně jsou ve volné přírodě kořistí predátorů, čímž se liší od psů nebo koček, a mají díky tomu zvýšenou citlivost na okolní prostředí a na neverbální komunikaci, která koním umožňuje reagovat na náladu člověka a jeho vnitřní stav citění. Koně často takto působí jako zrcadla neverbálních stavů lidí (Carlsson et al. 2014). Kůň má vrozenou schopnost neustále

vnímat a reagovat na své okolí, zároveň reaguje i na emocionální projevy dalších zvířat nebo lidí, kteří se nachází v jeho blízkosti. Toto chování může být nazváno jako afektivní zrcadlení. Právě díky této schopnosti jsou koně vhodné k poskytování emoční zpětné vazby způsobem, který lidský terapeut nedokáže napodobit (Siegel 1999).

Dabelko-Schoeny et al. (2014) provedli studii zaměřenou na AAT s koňmi a se staršími lidmi trpícími demencí a Alzheimerovou chorobou. Do studie byly zapojeni čtyři koně různých plemen od 12 do 22 let věku. V hlavní skupině bylo 16 klientů, kteří absolvovali AAT. Mezi kladné projevy klientů na koňskou AAT patřili úsměv, smích, hlazení koně, přiblížení se ke koni a dotýkání, zpěv a natáhnutí jedné nebo obou paží směrem ke koni.

U dvou starších mužů trpících demencí pomohla dotyková terapie snížit jejich agresivitu, zároveň muži začali lépe komunikovat se svými ošetřujícími sestrami a vnímat své okolí. Dále došlo k výraznému zlepšení například v návratu očního kontaktu klientů a v jejich celkové aktivitě. Jeden z klientů před interakcí s koněm odmítal chodit ven na procházky. Po terapii se na ně dokonce začal těšit. Tento klient si oblíbil oblečení s koňským motivem a projevil větší ochotu si jej obléct než oblečení bez motivu. K výraznému posunu nedošlo pouze u klientů, ale také u ošetřujících sester, u kterých došlo ke zvýšení sebedůvěry a zlepšení schopnosti vycházet se všemi klienty, včetně těch s náročným chováním (Lukumies 2011).

Lee et al. (2019) provedli studii u klientů starších šedesáti let, kteří měli funkční nebo kognitivní omezení. Klienti koně například čistili nebo krmili. Tato studie spatřuje potenciál v takzvané „ruční péči o koně“ (hand grooming), která zahrnuje hlazení koně jednou nebo oběma rukama. Autoři uvádí, že tato metoda by mohla být nejpřínosnější pro starší dospělé s kognitivními poruchami. Baldwin et al. (2021) ovšem upozorňují na omezení této studie. První je, že autoři spoléhali na informace od účastníků studie spíše než na objektivní data. Dalším omezením může být fakt, že studie zahrnovala aktivity s koňmi i bez, z tohoto důvodu není možné izolovat výsledky související pouze s aktivitami zahrnujícími koně. Třetí omezení se týká výběru účastníků studie. Účastníci nebyli vybráni náhodně, přijati byli všichni ti, kteří předem souhlasili s návštěvou koně, kvůli čemuž mohlo u účastníků vzniknout očekávání, které mohlo následně zkreslit výsledky studie.

Baldwin et al. (2021) se ve své studii na „péči o ruce“ zaměřili na starší dospělé v asistovaném bydlení. Klienti si nejprve vybrali jednoho ze tří koní, se kterým chtěli vzájemnou interakci absolvovat. Stačil i drobný náznak zájmu ze strany koně o daného klienta, pohled, pohyb hlavy, nebo nakročení koně ke klientovi. Klient poté přistoupil ke koni s nataženou paží a dlaní směrem dolů, což mělo znamenat pozdrav. Pokud kůň odvrátil svou hlavu pryč, klient byl vyzván, aby se zastavil, zhluboka dýchal a sledoval reakci koně. Pokračovat mohl, jakmile se na něj kůň podíval nebo jeho směrem natočil ucho. Poté klient vykročil a začal koně jemně hladit jednou nebo oběma rukama, a to po dobu deseti až patnácti minut. Klienti byli po interakci vyzváni, aby sdělili své pocity slovy, které nejlépe vystihnou jejich zkušenost. Nejčastěji klienti volili slova jako: klid, energické, milující, harmonie, propojení, uvolněný, pohodlné, štěstí, mír, trpělivost, uklidňující a láska. Tato pozitivní slova výrazně převážila nad použitými negativními slovy, mezi které patřilo nervózní a roztržitý. Po několika týdnech, během kterých klienti absolvovali několik interakcí s koněm, vykazovali klienti zlepšení nálady a mnozí z nich začali být pozornější a hlasitější. Dokonce začali

používat delší a více popisné odpovědi oproti stavu na začátku studie, kdy používali pouze krátké odpovědi. Koně tedy ožívují seniory, aniž by jim způsobovali emoční stres.

V paliativní medicíně sice interakce s koněm klientovi nevrátí nezávislost, ani nezastaví blížící se konec klientova života, ale pomůže mu zachovat si osobní hodnotu a umožní mu sdílet ji s ostatními. Hned dva klienti uvedli, že se jim líbilo, když k nim kůň jménem Billy sklonil hlavu a jemně do nich strčil čumákem, čímž je povzbuzoval k dalšímu hlazení. Klienti tento čin vnímali jako možnost kontrolovat náklonost, kterou Billymu projevovali. Návštěva koně klienty podporuje v prožívání daného okamžiku, aniž by museli myslet na svůj zdravotní stav a na své symptomy, pomáhá jim odvést pozornost od únavy a poskytuje příležitost k socializaci. Díky tomuto uvědomění byli klienti všímaví a prožívali dané okamžiky, což jim umožnilo přehodnotit své priority a případně změnit to, co pro ně bylo nebo naopak nebylo důležité. Klienti i jejich rodiny považovali návštěvy koní za více než důležité. Kůň vzbuzoval pocity očekávání, radosti, vzrušení, novosti a také kontroly. Přítomnost koně přispěla k jedinečnému vhledu do zkušeností klientů, kteří najednou chtěli být viděni, slyšeni a bráni jako plnohodnotní jedinci (Cairns 2019).

3.3.1 Kontraindikace

Mezi nejčastější a nejzásadnější kontraindikaci patří alergie a to jak kožní, tak respirační (Dabelko-Schoeny et al. 2014). Lessick et al. (2004) uvádí kromě alergie jako další možné kontraindikace nezahojené otlaky, křehké kosti, poruchy krvácení a epilepsii, která není kontrolovaná léky. Cerino et al. (2011) upozorňují také na epilepsii, dále strach z koní nebo akutní klinickou fázi duševní choroby. Mezi kontraindikace lze zařadit i psychotický stav klienta, kvůli nebezpečí, které může představovat vzhledem k nepředvídatelnému chování klienta a možné reakci koně (Bachi 2013).

3.3.2 Spolky věnující se Dotykové terapii v České republice

3.3.2.1 Caballinus, Zapsaný spolek pro hipoterapii

„Dotyková hipoterapie pomáhá nemocným především po psychické stránce. V Nemocnici Milosrdných sester sv. Karla Boromejského v Praze poskytujeme tuto službu především pacientům na oddělení paliativní péče a na oddělení ošetrovatelské péče. Vzhledem k délce hospitalizace na obou odděleních pomáháme pacientům zpříjemnit pobyt mimo jiné právě dotykovou hipoterapií.“ (Caballinus 2021)

Caballinus dojíždí za pacienty pravidelně každý měsíc po celý rok, s výjimkou zimních měsíců. Dotykové terapie probíhají v zahradě nemocnice, kam sestřičky pacienty převezou z jejich pokojů. Terapie se většinou účastní dva koně a jeden nebo dva psi v rámci Canisterapie. Nejčastěji se terapií účastní klisna plemene Fjordský kůň Hoogy, která je zachycená na následujících Obrázcích 2, 3, 4, 5. Hoggy je velice empatická a kontaktní klisna, která se sama sklání k pacientům a nechává se od nich hladit. Pacienti si s ní velice často povídají, a to dokonce i ti, kteří dříve měli problém komunikovat.



Obrázek 2, 3, 4, 5: klisna Hoogy s pacienty (vlastní foto)

3.3.2.2 Asistenční jednorozec

Terapeutický valach Santa Sagitta dojíždí za klienty, kterým zdravotní stav neumožňuje cestování. Navštěvuje klienty, kteří jsou upoutáni na lůžko nebo vozík, vážně nemocné, domovy seniorů, nebo také hospice. Přítomnost koně pomáhá s aktivizací klientů a již jeho samotná přítomnost působí terapeuticky. Klienti jsou motivováni k pohybu, ke komunikaci a k péči o koně (Asistenční jednorozec 2019).

3.3.3 Spolky věnující se dotykové terapii v zahraničí

3.3.3.1 Les Sabots du Coeur

Příběh francouzské dvojice Hassena Bouchakoura a hřebce Peyo začal již v roce 2011, kdy původně závodní temperamentní hřebec, který se nenechal hladit, začal vybírat náhodné lidi z publika, se kterými chtěl dobrovolně strávit čas. Peyova osobnost se změnila, stal se jemným a ochranářským koněm. S postupem času Hassen Bouchakour pochopil, že Peyo si vybírá lidi oslabené morálně, fyzicky nebo psychicky. Po letech výzkumu se zjistilo, že Peyo má další instinktivní schopnost, a to poznat u lidí rakovinu a nádory. „Hassen a Peyo přináší klid, jemnost, doprovází a uklidňují lidi na konci života až do jejich posledního dechu. Zvyšují povědomí veřejnosti o problémech osamělosti křehkých lidí realizací projektů se zdravotnickými týmy.“ (Les Sabots du Coeur 2020).

Na následujícím Obrázku 6 je Peyo zachycený s 64letým mužem Rogerem, který je na jednotce paliativní péče. Rogerova manželka uvedla, že po návštěvě Peya mohl její muž opět klidně spát (The Guardian 2021).



Obrázek 6: Zachycující Peya a pacienta Rogera (The Guardian 2021)

3.3.4 Kazuistika

Pacient, muž narozený roku 1937, nyní je mu 84 let. Pacient prodělal akutní ischemickou cévní mozkovou poruchu 9. 1. 2022. Nejprve byl přijat na neurologickou jednotku intenzivní péče Nemocnice na Homolce. Mezi klinické příznaky patřila expresivní fatická porucha (porucha řečové komunikace a porucha polykání), těžká dysartrie (motorická řečová porucha) až anartrie (vážná porucha artikulace), dysfagie (obtíže s polykáním) a lehká odeznívající paréza pravé horní končetiny. O jedenáct dní později byl pacient převezen do Nemocnice Milosrdných sester sv. Karla Boromejského k zajištění následné péče. Byly zahájeny rehabilitace, fyzioterapie, logopedie a ergoterapie. Pacient cvičil chůzi, artikulaci a polykání. U pacienta nedošlo k poškození mentálního zdraví, rozuměl a byl motivovaný. Dokázal komunikovat posunky a psaním na tabulku. Nicméně, pacient byl dlouhodobě úzkostně-depresivní.

Pacient absolvoval dvě dotykové terapie a canisterapii, zprostředkované spolkem Caballinus. První se konala 22. 2. 2022 a druhá o měsíc později. Pacient se na koně a psi vždy těšil a měl z jejich návštěvy velkou radost. Během terapií si koně a psi hladil a snažil se mluvit, což je zachyceno na následujících dvou Obrázcích 7, 8. Na první terapii pacient nebyl téměř schopný mluvit a dělalo mu velké problémy vyslovit byť jen jedinou slabiku. Na druhé terapii byla artikulace výrazně lepší a pacient byl schopný s velkou snahou vyslabikovat i jméno klisny „Vendulka“. Dokázal vyslovit také slova jako „kopyto, hřívá, kůň, pes“ a další.

Pacient se kondičně zlepšil, výrazně se zlepšila jeho artikulace, byl schopen polykat malé množství krémovité stravy a dokonce chodit s pomocí chodítka. 13. 4. 2022 byl pacient propuštěn do domácí péče.



Obrázek 7, 8: Pacient s klisnou Vendulkou (vlastní foto)

4 Závěr

Cílem práce byla literární rešerše na téma Dotykové terapie v hiporehabilitaci. Její největší přínos studie prokazují u lidí s těžkou psychózou a se špatnou životní zkušeností, kvůli kterým se může projevit posttraumatická stresová porucha, dále u pacientů s demencí, Alzheimerovou chorobou, anebo u seniorů, kteří jsou umístěni v zařízeních dlouhodobé péče.

Hlazení koně nebo jakýkoli jiný kontakt s koňskou srstí měl na klienty pozitivní účinky. Po vzájemné interakci s koněm se u klientů nejčastěji objevoval úsměv, smích, zpěv a chuť klienta se ke koni přiblížit, hladit ho a trávit s ním volný čas. Pro popsání kontaktu s koněm byly nejčastěji využívány výrazy jako: bezpečný, neodsuzující, přijímající a uklidňující, klidný milující, harmonický, propojení, uvolněný a šťastný. U klientů často došlo ke zvýšení sebedůvěry a sebeúcty, naopak pocity osamělosti a agresivita se výrazně snížily. Vzájemný dotyk s koněm u klientů mnohdy vyvolal vzpomínky z dětství, například na to, jak jako děti chodili koně krmit.

Koně jsou díky své zvýšené citlivosti na okolní prostředí a na neverbální komunikaci schopni reagovat na náladu člověka a jeho vnitřní emoční stav. Často byli koně přirovnáváni k zrcadlu neverbálního stavu člověka.

V terminálním stádiu dokáže přítomnost koně a možnost jeho pohlazení zvýšit kvalitu života pacienta a pomůže mu si zachovat svou osobní hodnotu.

Provedených studií není mnoho, ale i přesto je jasně patrné, že dotykové terapie mají převážně pozitivní výsledky s nadějným příslibem do budoucna. Další výzkum v této oblasti je tedy více než žádoucí.

5 Literatura

- Allen KM, Blascovich J, Mendes WB. 2002. Cardiovascular reactivity in the presence of pets, friends, and spouses: The truth about cats and dogs. *Psychosomatic Medicine* **64**:727–739.
- Anderson MK, Friend TH, Evans JW, Bushong DM. 1999. Behavioral assessment of horses in therapeutic riding programs. *Applied Animal Behaviour Science* **63**:11-24.
- Asistenční jednorožec. 2019. O nás. Asisteční jednorožec z. s. Available from <https://www.asistencni-jednorozec.cz/o-nas/> (accessed in March 2022).
- Ayla MD, Carrillo A, Iniesta P, Ferrer P. 2021. Pilot Study of the Influence of Equine Assisted Therapy on Physiological and Behavioral Parameters Related to Welfare of Horses and Patients. *Animals* (e3527) DOI: 10.3390/ani11123527.
- Bachi K, Terkel J, Teichman M. 2012. Equine-facilitated psychotherapy for at-risk adolescents: The influence on self-image, self-control and trust. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* **17**:298-312.
- Bachi K. 2013. Application of Attachment Theory to Equine-Facilitated Psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy* **43**:187–196.
- Baldwin AL, Rector BK, Alden AC. 2021. Physiological and Behavioral Benefits for People and Horses during Guided Interactions at an Assisted Living Residence. *Behavioral sciences* **11**:129-142.
- Banks MR, Banks WA. 2002. The Effects of Animal-Assisted Therapy on Loneliness in an Elderly Population in Long-Term Care Facilities. *The Journals of Gerontology* **57**:428-432.
- Beauchen K. 2017. Equine Facilitated Psychotherapy in the Body Psychotherapy Session: Horse as Surrogate for Therapeutic Touch. *International Body Psychotherapy Journal* **16**:8-26.
- Benda W, McGibbon NH, Grant KL. 2003. Improvements in muscle symmetry in children with cerebral palsy after equine-assisted therapy (hippotherapy). *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* **9**:817–825.
- Bowlby J. 1969. Disruption of affectional bonds and its effects on behavior. *Canada's Mental Health Supplement* **69**:1–17.
- Brandt K. 2004. A language of their own: an interactionist approach to human-horse communication. *Society & Animals* **12**:299.

- Brooks SM. 2006. Animal-assisted psychotherapy and equine-facilitated psychotherapy. Pages 196-217 in Webb NB, editor. Working with traumatized youth in child welfare. Guilford Press, New York.
- Burgon HL. 2014. Equine-assisted therapy and learning with at-risk young people. Palgrave Macmillan, Basingstoke.
- Burton LE, Qeadan F, Burge MR. 2019. Efficacy of equine-assisted psychotherapy in veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Integrative Medicine* **17**:14-19.
- Bužgová R, et al. 2019. Dětská paliativní péče. Grada, Praha.
- Caballinus. 2021. O nás. Caballinus zapsaný spolek pro hipoterapii. Available from <https://caballinus.cz/> (accessed February 2022).
- Cairns KJ. 2019. Experiences of palliative inpatients with equine therapy [PhD Thesis]. University of New Brunswick, Brunswick.
- Calvert MM. 1989. Human-pet interaction and loneliness: a test of concepts from Roy's adaptation model. *Nurs Sci* **2**:194-202.
- Carlsson C, Ranta DN, Traeen B. 2014. Equine assisted social work as a mean for authentic relations between clients and staff. *Human-Animal Interaction Bulletin* **2**:19–38.
- Centeno C, Clark D, Lynch T. 2007. Facts and indicators on palliative care development in 52 countries of the WHO European region: results of an EAPC task force. *Palliative Medicine* **21**:463-471.
- Cerino S, Cirulli F, Chiarotti F, Seripa S. 2011. Non conventional psychiatric rehabilitation in schizophrenia using therapeutic riding: the FISE multicentre Pindar project. *Annali dell'Istituto superiore di sanita* **47**:409-414.
- Cesta domů. 2021. O nás. Available from <https://www.cestadomu.cz/o-nas> (accesses December 2021).
- Chinner TL, Dalziel FR. 1991. An exploratory study on the viability and efficacy of a pet-facilitated therapy project within a hospice. *J Palliat Care* **7**:13–20.
- Česká hiporehabilitační společnost. 2019. Hipoterapie v psychiatrii a psychologii. Available from <https://hiporehabilitace-cr.com/hiporehabilitace/pro-odborniky/http/> (accesses November 2021).

Česká hiporehabilitační společnost. 2019. Oficiální slovník České hiporehabilitační společnosti. Available from <https://hiporehabilitace-cr.com/o-nas/oficialni-slovník/> (accesses November 2021).

Česká hiporehabilitační společnost. 2019. Změny názvosloví v hiporehabilitaci 2019. Available from <https://hiporehabilitace-cr.com/o-nas/oficialni-slovník/zmeny-nazvoslovi-v-hiporehabilitaci/> (accesses December 2021).

Česká hiporehabilitační společnost. 2021. Historie hiporehabilitace a ČHS. Baron, Hostivice.

Česká hiporehabilitační společnost. 2017. Hiporehabilitační kůň. Available from <https://kone-hiporehabilitace.com/hiporehabilitacni-kun/> (accesses February 2022).

Česká společnost paliativní medicíny. 2014. První česká konference dětské paliativní péče. Available from <https://www.paliativnimedicina.cz/prvni-ceska-konference-detske-paliativni-pece/> (accesses December 2021).

Česká společnost paliativní medicíny. 2021. Konference dětské paliativní péče v ČR. Available from <https://detskakonference.paliativnimedicina.cz/> (accesses December 2021).

Dabelko-Schoeny H, et al. 2014. Equine-Assisted Intervention for People with Dementia. *Anthrozoös: A multidisciplinary journal of the interactions of people and animals* **27**:141-155.

EAPC. 2010. Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě. Doporučení Evropské asociace pro paliativní péči 2009. Cesta domů, Praha.

Esbjorn RJ. 2006. When horses heal: a qualitative inquiry into equine facilitated psychotherapy. Unpublished doctoral dissertation, Institute of Transpersonal Psychology, Palo Alto.

Field TM. 1998. Touch Therapy Effects on Development. *International Journal of Behavioral Development* **22**:779–797.

Fitch M. 1994. Providing supportive care for individuals living with cancer. Ontario Cancer Treatment and Research Foundation, Toronto.

Fry NE. 2013. Equine-Assisted Therapy: An Overview. *Biotherapy - History, Principles and Practice*. Springer, Dordrecht.

George StL, Thetford C, Clayton HM, Hobbs SJ. 2021. An exploration of stakeholder perceptions to inform the development of an evidence-based classification system in para dressage. *Journal of Sports Sciences*. DOI: 10.1080/02640414.2021.1997012

Gott M, et al. 2013. Palliative care need and management in the acute hospital setting: A census of one New Zealand Hospital. *BMC Palliative Care* **12**:15.

Hamilton AJ. 2011. *Zen mind, Zen horse: The science and spirituality of working with horses*. Storey Publishing, North Adams.

Harvey C, Jedlicka H, Martinez S. 2020. A Program Evaluation: Equine-Assisted Psychotherapy Outcomes for Children and Adolescents. *Child and Adolescent Social Work Journal* **37**:665-675.

Hollý K, Hornáček K. 2005. *Hipoterapie Léčba pomocí koně*. Montanex, Praha.

Holmes G. 2017. *Coaching across the species barrier: para-equestrian dressage*. Routledge, Abingdon.

Hui D, et al. 2013. Concepts and definitions for „supportive care,” „best supportive care,” „palliative care,” and „hospice care” in the published literature, dictionaries, and textbooks. *Support Care Cancer* **21**:659–685.

IAHAIO. 2021. IAHAIO international guidelines on care, training and welfare requirements for equines in equine-assisted services. IAHAIO. Available from <https://iahaio.org/wp/wp-content/uploads/2021/02/feb21-final-guidelines-equine-care-welfare-training-and-handling.pdf> (accessed March 2022).

Klontz B, Bivens A, Leinart D, Klontz T. 2007. The effectiveness of equine-assisted experiential therapy: Results of an open clinical trial. *Society and Animals* **15**:257–267.

Knapp ML, Hall JA. 2002. *Nonverbal Communication in Human Interaction*. Thompson Learning, Wadsworth.

Latella D, Abrams B. 2019. The Role of the Equine in Animal-Assisted Interactions. Pages 133-162 in Fine AH editor. *Handbook on Animal-Assisted Therapy*. Academic Press, Hamden.

Lee K, Dalbelko-Schoeny H, Jedlicka H, Burns T. 2019. Older adults' perceived benefits of equine-assisted psycho-therapy: Implications for social work. *Res. Soc. Work. Pract* **30**:399–407.

Les Sabots du Coeur. 2020. Accueil. Available from <https://lessabotsducoeur.org/> (accessed March 2022).

Lessick M, Shinaver R, Post KM, Rivera JE, Lemon B. 2004. Therapeutic Horseback Riding. *AWHONN Lifelines* **8**:46–53.

Lundqvist M, Carlsson P, Sjö Dahl R, Theodorsson E, Levin L-Å. 2017. Patient benefit of dog-assisted interventions in health care: a systematic review. *BMC Complementary and Alternative Medicine* **17**:358.

Lukumies E. 2011. Social pedagogical horse activity with demented people. *WORK AMONG THE ELDERLY* **159**:158-162.

Marston J. 2017. Introduction to children's palliative care. ICPCN, Bristol. Available from <https://www.icpcn.org/a-global-history-of-childrens-palliative-care/> (accessed November 2021).

Meregillano G. 2004. Hippotherapy. *Advances in Physical Education* **15**:843–854.

IMPACT. 2014. Standardy dětské paliativní péče v Evropě. Available from <https://detska.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2021/05/standardy-detske-paliativni-pece-final-1.pdf> (access November 2021).

Kisvetrová H. 2018. Péče v závěru života. Maxdorf, Praha.

Marková M. 2010. Sestra a pacient v paliativní péči. Grada, Praha.

Marková A. 2015. Hospic do kapsy. Příručka pro domácí paliativní týmy. Cesta domů, Praha.

Minero M, Zucca D, Canali E. 2006. A note on reaction to novel stimulus and restraint by therapeutic riding horses. *Applied Animal Behaviour Science* **97**:335-342.

Mojžíšová M. 2017. Stav dětské paliativní péče v České republice v roce 2017. Available from <https://detska.paliativnimedicina.cz/wp-content/uploads/2020/11/zprava-o-stavu-dpp-2017.pdf> (access December 2021).

Muschel IJ. 1984. Pet therapy with terminal cancer patients. *Soc Casework* **10**:451–458.

Nadační fond Klíček. 2021. Historie naší práce. Available from <http://www.klicek.org/nadace/histor.html> (access December 2021).

Nadační fond dětské onkologie Krtek. 2021. Historie a současnost. Available from <https://krtek-nf.cz/o-nas/historie-soucasnost-krtk/> (access December 2021).

Nerandžič Z. 2006. Animoterapie aneb Jak nás zvířata umí léčit. Albatros, Praha.

Notgrass CG, Pettinelli JD. 2015. Equine assisted psychotherapy: The equine assisted growth and learning association's model overview of equine-based modalities. *Journal of Experiential Education* **38**:162–174.

Opatřilová D. 2013. Edukace osob s těžkým postižením a souběžným postižením více vadami. Masarykova Univerzita, Brno.

Pastrana T, et al. 2008. A matter of definition key elements identified in a discourse analysis of definitions of palliative care. *Palliative medicine* **22**:222-232.

Payne S, Symour J, Ingleton C. 2007. Principy a praxe paliativní péče. Společnost pro odbornou literaturu, Brno.

Pendry P, Carr AM, Smith AN, Roeter SM. 2014. Improving Adolescent Social Competence and Behavior: A Randomized Trial of an 11-Week Equine Facilitated Learning Prevention Program. *Journal of Primary Prevention* **35**:281-293.

Pet Partners. 2022. Terminology. Available from <https://petpartners.org/learn/terminology/> (accesses January 2022).

Phear DN. 1996. A study of animal companionship in a day hospice. *Palliat Med* **10**:336–338.

Pluta M, Kędziński W. 2018. Emotional Responses of Horses to Patients Requiring Therapy. *Brill* **26**:426-436.

Proulx K, Jacelon C. 2004. Dying with dignity: The good patient vs. The good death. *American journal of hospice and palliative medicine* **21**:116-120.

Radbruch L, Payne S, správní rada EAPC. 2010. Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě. Cesta domů, Praha. S. 14.

Radbruch L, Payne S, správní rada EAPC. 2010. Standardy a normy hospicové a paliativní péče v Evropě. Cesta domů, Praha.

Riede D. 1986. *Therapeutisches Reiten in der Krankengymnastik*. Pflaum Verlag, München.

Saggers B, Strachan J. 2015. Horsing around – Using equine facilitated learning to support the development of social-emotional competence of students at risk of school failure. *Child & Youth Services* **37**:231-252.

Scopa C, Contalbrigo L, Greco A, Lanata A, Scilingo EP. 2019. Emotional Transfer in Human–Horse Interaction: New Perspectives on Equine Assisted Interventions. *Animals* (e1030) DOI: 10.3390/ani9121030.

Sexauer AM. 2011. Equine embrace : touch and the therapeutic encounter in equine facilitated psychotherapy from the perspective of the clinician [Masters Thesis]. Smith College, Northampton.

Siegel DJ. 1999. The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are. Guilford Press, New York.

Silkwood-Sherer D, Warmbier H. 2007. Effects of hippotherapy on postural stability, in persons with multiple sclerosis: a pilot study. *J Neurol Phys Ther* **31**:77–84.

Sláma O. 2009. Paliativní a hospicová péče v České republice a v Evropě. *Klinická onkologie* **22**:183-185.

Sláma O, Kabelka L, Vorlíček J. 2011. Paliativní medicína pro praxi. Galén, Praha.

SPPC. 2007. Palliative and end of life care in Scotland: the case for a cohesive approach: Report and recommendations submitted to the Scottish Executive. SPPC, Edinburgh.

Student JC, Mühlum A. 2006. Sociální práce v hospici a paliativní péče. H & H, Jinočany.

Svatošová M. 2011. Hospice a umění doprovázet. Karmelitánské nakladatelství, Kostelní Vydří.

Temel JS, et al. 2010. Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non–Small-Cell Lung Cancer. *New England Journal of Medicine* **363**:733–742.

The Guardian. 2021. ‘Doctor Peyo’: the horse comforting cancer patients in Calais – in pictures. The Guardian. Available from <https://www.theguardian.com/society/gallery/2021/mar/12/doctor-peyo-the-horse-comforting-cancer-patients-in-calais-in-pictures> (accessed in April 2022).

Trotter KS. 2012. Harnessing the power of equine assisted counseling: Adding animal assisted therapy to your practice. Routledge, New York.

Tyler JJ. 1994. Equine psychotherapy: worth more than just a horse laugh. *Women Ther* **15**: 139-46.

ÚZIS ČR. 2014. Lůžková péče 2013. ÚZIS, Praha. S 12.

Vorlíček J, Sláma O. 2005. Paliativní medicína – historie a současnost. *SANQUIS* **41**:34.

Vorlíček J, et al. 2004. Paliativní medicína. Grada, Praha.

Wilson K, Buultjens M, Monfries M, Karimi L. 2016. Equine-Assisted Psychotherapy for adolescents experiencing depression and/or anxiety: A therapist’s perspective. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* **22**:16-33.

Wolfe J, et al. 2000. Symptoms and Suffering at the End of Life in Children with Cancer. The New England Journal of Medicine **342**:326-333.

World Health Organization. 1998. Cancer pain relief and palliative care in children. Geneva. World Health Organization. Available from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42001> (accesses November 2021).

World Health Organization. 2019. Palliative Care. Available from <https://www.who.int/health-topics/palliative-care> (accesses November 2021).